



**João Filipe Fernandes  
Lindo Simões**

**Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem  
A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes**



**João Filipe Fernandes  
Lindo Simões**

**Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem  
A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes**

dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Doutora Isabel Alarcão, Professora Catedrática do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Doutora Nilza Costa, Professora Associada com Agregação do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

presidente

**Doutora Maria Isabel Lobo de Alarcão e Silva Tavares**  
professora catedrática da Universidade de Aveiro (orientadora)

**Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa**  
professora associada com agregação da Universidade de Aveiro (co-orientadora)

**Doutora Idália da Silva Carvalho Sá-Chaves**  
professora associada da Universidade de Aveiro

**Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues**  
professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

**Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu**  
professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dona Ana Guedes

## **agradecimentos**

Ao dar início à apresentação deste trabalho, não poderíamos deixar de dedicar algumas linhas ao espaço de interacção vivido com todos aqueles com quem, de várias formas, tivemos o privilégio de nos relacionar ao longo da sua realização e receber, da sua parte, as manifestações de apoio e incentivo indispensáveis à sua concretização.

Gostaríamos, pois, de começar por deixar aqui expressa uma palavra de apreço e profunda gratidão a todos os que de algum modo, com o seu saber, a sua disponibilidade inesgotável, o seu apoio e os seus encorajamentos contribuíram e participaram na edificação deste trabalho.

Em especial:

À Professora Doutora Isabel Alarcão, que nos acompanhou desde o 1º momento na concepção e realização deste projecto. A nossa sincera gratidão pelo incentivo, comentários enriquecedores, esclarecimentos, sugestões e críticas oportunas, com que nos orientou neste trabalho.

À Professora Doutora Nilza Costa pela forma empenhada com que nos co-orientou ao longo deste trabalho, facilitando assim a transposição de alguns obstáculos com que nos deparámos.

À Professora Doutora Idália Sá-Chaves pelas reflexões, sugestões e disponibilidade que demonstrou ao longo deste percurso de investigação.

Às minhas colegas Paula e Maria José, sempre boas amigas. Ao longo deste percurso foram o apoio em muitos momentos difíceis. Foi muito bom poder contar com elas.

A todos os enfermeiros cooperantes e membros da direcção das respectivas instituições que participaram nesta investigação, tornando deste modo possível a sua realização.

Aos meus amigos, pela sua preciosa colaboração em todos os momentos.

À Rita pela sua paciência, compreensão, apoio, ajuda e disponibilidade.

Aos meus pais e irmãos pela forma encorajadora e sempre presente com que me acompanharam neste percurso de vida.



## resumo

O presente estudo enquadra-se na área da Supervisão da formação inicial de enfermeiros, incidindo na representação dos enfermeiros cooperantes sobre a supervisão em ensino clínico de enfermagem. Desenvolveu-se um estudo empírico a partir da narração de episódios significativos no âmbito da supervisão em ensino clínico. O quadro conceptual engloba uma revisão da literatura sobre a formação inicial do profissional de enfermagem, a relação do ensino clínico com os paradigmas de formação, a supervisão em ensino clínico e o papel dos enfermeiros cooperantes no processo de supervisão.

A supervisão é entendida como um processo mediador na aprendizagem e no desenvolvimento do formando (e do supervisor) podendo, de acordo com a natureza da interacção criada, ser facilitador ou inibidor. Face a este contexto, emergiram variadas preocupações que nortearam os passos a desenvolver ao longo do presente trabalho.

Desenvolveu-se um estudo exploratório de natureza qualitativa. Os participantes foram 30 enfermeiros cooperantes, de diversos serviços onde decorreu ensino clínico, no ano de 2002. A colheita de dados foi efectuada através da narração de episódios significativos relativos à supervisão de alunos de enfermagem, tendo-se procedido à análise de conteúdo das referidas narrações. Subjacente a este processo, está a Técnica dos Incidentes Críticos que foi utilizada como norteadora da construção do nosso instrumento de colheita de dados.

O conteúdo das narrações foi organizado nas seguintes áreas temáticas: desenvolvimento de competências em ensino clínico de enfermagem; relação em contexto de supervisão em ensino clínico; estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico; condições de trabalho para a supervisão em ensino clínico; representações dos enfermeiros cooperantes sobre o processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem.

Os resultados evidenciaram os seguintes aspectos: episódios de valor tendencialmente negativo; carácter complexo e difícil do processo de orientação e avaliação; valorização, nos alunos, das competências atitudinais e de mobilização de conhecimentos para a prestação de cuidados de saúde; falta de preparação teórica dos alunos; valorização, nos enfermeiros cooperantes, das competências analíticas, avaliativas e interpretativas e nos docentes, das competências formativas, analíticas e avaliativas; referência à formulação de questões reflexivas, análise de casos e demonstração como estratégias de supervisão; valorização do tempo de permanência dos supervisores e do ambiente clínico e psicológico como condições para a supervisão; desarticulação entre teoria e prática; referência à supervisão como um momento privilegiado de reflexão e de comunicação; necessidade de valorização e responsabilização dos enfermeiros cooperantes, no processo de supervisão.

## **abstract**

The present study fits in the area of the Supervision of nurses initial formation, focusing the representation of cooperative nurses about the supervision in nursing clinical teaching.

It was developed an empirical study from the narration of the significative episodes in the ambit of supervision in clinical teaching. The conceptual board includes a revision of the literature about the initial formation of the nursing professional, the relation between the clinical teaching and formation paradigms, the supervision in clinical teaching and the part of cooperative nurses in the supervision process.

The supervision is understood as a mediator process in the learning and development of the student (and supervisor) and it can be, according to the nature of the interaction created, facilitator or inhibitor. Face to this context, emerged several concerns that lead the steps to develop along the present work.

An exploratory study of qualitative nature was developed. The participants were 30 cooperative nurses, of several services where the clinical teaching took place, in the year of 2002. The gathering of the data was done through the narratives of the significative episodes related with the supervision of nursing students, followed by the content analyses of each narrative. Subjacent to this process, is the incident critical technique that was employed as a guide in the construction of our gathering data instrument.

The content of the narratives was organized in the following thematic areas: development of competence in nursing clinical teaching; relationship in the supervision context in clinical teaching; supervision strategies employed in clinical teaching; work conditions to supervision in clinical teaching; representations of the cooperative nurses about the process of supervision in nursing clinical teaching.

The results showed the following aspects: episodes with value of negative inclination; complex and difficult character of the orientation and evaluation process; valorization, in the students, of attitudinal and knowledge mobilization competences for health cares; lack of theoretical preparation of the students; valorization, in cooperative nurses, of analytical, evaluative and interpretative competences, and in teachers of formative, analytical and evaluative competence; reference to formulation of reflexive questions, analysis of cases and demonstration as strategies of supervision; valorization of the permanency time of the supervisors and of the clinical and psychological environment as conditions to supervision; disarticulation between theory and practice; reference to the supervision as a privileged moment of reflection and communication; necessity of valorization and responsabilization of the cooperative nurses in the supervision process.

**ÍNDICE** Pág.

INTRODUÇÃO .....	10
------------------	----

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**

CAPÍTULO I – FORMAÇÃO INICIAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	16
1 – Construção do conhecimento profissional de Enfermagem .....	16
2 – Ensino de cuidados de Enfermagem .....	30
3 – Ensino clínico de Enfermagem .....	30
4 – Relação teoria – prática .....	34
4.1 – Dicotomia Teoria/Prática no Ensino de Enfermagem .....	36
4.2 – Articulação entre Teoria e Prática .....	38
 CAPÍTULO II – PARADIGMAS DE FORMAÇÃO – RELAÇÃO COM O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM .....	 42
 CAPÍTULO III – ENSINO CLÍNICO E SUPERVISÃO .....	 55
1 – Formação em contexto de trabalho .....	55
2 – Supervisão em Ensino Clínico .....	61
 CAPÍTULO IV – PAPEL DOS ENFERMEIROS COOPERANTES NA SUPERVISÃO DO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM .....	 66

**PARTE II**

**ESTUDO EMPÍRICO**

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	80
1 – Paradigma Investigativo .....	80
2 – Objecto de Estudo e Metodologia.....	83
2.1 – Problemática e Objectivos: Questões orientadoras .....	83

2.2 – Estrutura Metodológica .....	86
2.2.1 – Narração de Episódios Significativos .....	88
2.2.2 – Selecção dos Participantes .....	104
2.2.3 – Processo de obtenção das narrações de episódios significativos – <i>Corpus</i> .....	107
2.2.4 – Tratamento da informação: análise de conteúdo .....	108
 CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	113
1 – Caracterização da amostra .....	113
2 – Análise Interpretativa dos Dados .....	119
2.1 – Desenvolvimento de competências em Ensino Clínico de Enfermagem .....	133
2.2 – Relação em contexto de supervisão em Ensino Clínico .....	157
2.3 – Estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem .....	170
2.4 – Condições de trabalho para a supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem .....	180
2.5 – Representações dos Enfermeiros Cooperantes sobre o processo de supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem .....	185
 CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	196
 CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES .....	216
 BIBLIOGRAFIA .....	220
 ANEXOS	
Anexo I – Guião de narração do episódio significativo	
Anexo II – Pedido de autorização para recolha de dados nas instituições	
Anexo II – Resultado da análise de conteúdo (apresentado em CD-ROM)	

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Pág.

QUADRO I – Grelha de análise das categorias, subcategorias e indicadores emergentes das narrativas dos Enfermeiros Cooperantes .....	112
QUADRO II – Resumo das narrações realizadas pelos Enfermeiros Cooperantes em Ensino Clínico .....	122
QUADRO III – Desenvolvimento de competências no aluno em Ensino Clínico .....	134
QUADRO IV – Desenvolvimento de competências no Enfermeiro Cooperante como supervisor do Ensino Clínico .....	144
QUADRO V – Desenvolvimento de competências no Docente como supervisor do Ensino Clínico .....	153
QUADRO VI – Relação em contexto de supervisão em Ensino Clínico .....	158
QUADRO VII – Estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico .....	171
QUADRO VIII – Condições de trabalho para a supervisão em Ensino Clínico .....	180
QUADRO IX – Representações do processo de supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem .....	186

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Pág.

Gráfico 1 – Distribuição dos Enfermeiros Cooperantes segundo o sexo .....	113
Gráfico 2 – Distribuição dos Enfermeiros Cooperantes segundo a idade .....	114
Gráfico 3 – Distribuição dos Enfermeiros Cooperantes segundo a especialidade em Enfermagem .....	114
Gráfico 4 – Distribuição dos Enfermeiros Cooperantes segundo formação em supervisão .....	115

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Pág.

Tabela 1 – Distribuição dos Enfermeiros segundo os cursos de formação frequentados .....	116
Tabela 2 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o tempo de serviço na profissão.	116
Tabela 3 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o tempo de serviço na instituição	117
Tabela 4 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o número de anos como cooperante .....	117
Tabela 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo as áreas de cuidados supervisionados .....	118
Tabela 6 – Distribuição das unidades de registo segundo a área temática .....	195

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Pág.

Figura 1 – Contexto do Ensino Clínico de Enfermagem .....	17
Figura 2 – O aluno no contexto do estágio hospitalar .....	32

## INTRODUÇÃO

A investigação tem de ser reconhecida pela Enfermagem como uma forma de ampliar o conhecimento científico fundamental para a sua prática, na medida em que o Enfermeiro investigador adquire conhecimentos que lhe permitem tomar decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes. As tarefas da investigação necessitam de ser práticas, nem sempre requerendo grandes e complexos estudos, mas antes proporcionando respostas aos problemas quotidianos, contribuindo simultaneamente para produzir evidências necessárias para resolver problemas práticos e adquirir uma perspectiva mais adequada de ver os problemas. E estas são algumas das razões que justificam a importância que a Investigação deve assumir para a Enfermagem do terceiro milénio.

Um investigador, enquanto profissional de saúde, inserido numa dada cultura organizacional, tende a desenvolver pesquisas relacionadas com ideologias ou preocupações da organização.

Uma das preocupações que marca a actualidade deste início de século prende-se, entre outros aspectos, com a organização e implementação de um ensino de enfermagem que promova o desenvolvimento dos alunos, não somente em áreas particulares do saber, mas, igualmente, ao nível do desenvolvimento pessoal e interpessoal enquanto elementos fundamentais na promoção de sujeitos autónomos capazes de agirem com eficácia nos contextos actuais e de desenvolverem formas de intervenção adequadas ao futuro que é, podemos dizê-lo, uma verdadeira incógnita.

Se a visão actual da enfermagem é a de uma profissão de interacção humana, em que é fundamental cuidar e promover contextos de desenvolvimento social, então a formação deve adequar-se a este interesse prático. Assim, exige-se o desenvolvimento de processos inerentes ao “conhecimento construído” e não apenas um conhecimento técnico. Este tipo de conhecimento é contextual e é construído pelo aluno de enfermagem à medida que vai progredindo, prolongando-se pela vida profissional.

Alarcão (1991:10), refere que :

*“ninguém pode educar o formando se ele não se souber educar a si próprio. Este tem de assumir uma postura de empenhamento auto-formativo e autonomizante, tem de descobrir em si as potencialidades*

*que detém, tem de conseguir ir buscar ao seu passado aquilo que já sabe e que já é e sobre isso construir o seu presente e o seu futuro, tem de ser capaz de interpretar o que vê fazer, de imitar sem copiar, de recriar, de transformar. Só o conseguirá, se reflectir sobre o que faz e sobre o que vê fazer.”*

No meu entender, este conhecimento é o objectivo de toda a formação, podendo constituir o elemento principal que permite cuidar mais eficazmente no futuro. No entanto, para que o aluno possa construir este conhecimento, ele necessita de um acompanhamento permanente pelo Supervisor de modo a “guiá-lo” no percurso pela estrada da vida.

Assim, na Supervisão do futuro profissional de enfermagem é posto cuidado especial na consideração das suas capacidades e potencialidades, como a capacidade de construção e a criatividade, a realização de si, a espontaneidade, a liberdade e a responsabilidade perante o outro. Enfatiza-se que o Supervisionado é consciente de si mesmo, capaz de fazer escolhas intencionais, donde resulta o significado do seu percurso formativo. Como fonte ilimitada de possibilidades, é capaz de construir o mundo onde se desenrola a construção do seu saber, fazendo-o de forma significativa. Como autor do seu próprio destino, dá um sentido à sua aprendizagem, em colaboração com os restantes actores implicados no processo supervisoivo.

Como ser (o “Quem?”), o aluno não pode ser compreendido pelas clivagens que o mutilam e estilham, como as de corpo/mente e de consciente/inconsciente, entre outras. Só poderá ser compreendido através da sua “lebenswelt”, ou mundo de experiência, no qual radicam as modalidades de construção do seu saber. O Supervisionado transcende-se através da sua liberdade e do seu compromisso consigo próprio e com os outros (no estar com os outros). A construção do seu saber fundamenta-se no seu mundo de vivências, que tem continuidade compreensível ou fio condutor, que é o seu percurso formativo.

A relação supervisiva é um encontro, cujo horizonte é a existência. Encontro enquanto tal: uma relação existencial cujo significado essencial é o estar-com. Implica a presença (de estar por si), a reciprocidade (enquanto troca ou estar para o outro), o cuidado (acolhendo o outro) e, ainda, o laço emocional entre um Eu e um Tu que criam um Nós, numa reciprocidade activa para que o outro se venha a iluminar e a descobrir. Como refere Not (citado em Teixeira, 1994:11), *“cada um é um Eu e o outro um Tu ao qual ele se dirige, o que faz de cada um, ao mesmo tempo, um Eu (que se dirige ao*



*outro*) e um *Tu* (ao qual o *outro* se dirige)”. Emerge um Nós, que não representando qualquer ameaça à identidade e à autonomia de cada um, alcança precedência. A socialidade do Nós conduz à enunciação e operacionalização da Supervisão. Assim, os protagonistas do processo de Supervisão assumem de forma consciente os seus compromissos e responsabilidades. É uma relação constitutiva de um Nós, um comprometimento recíproco. O Nós “supervisivo” impõe obrigações mútuas e limites, estabelecendo os sentidos da liberdade de cada um e permitindo o questionamento e a exigência do cumprimento dos objectivos estabelecidos em comum. Esta relação promove uma escuta que só se realiza quando o outro se sente plenamente ouvido e quando promove a mudança.

Esta realidade tem-nos motivado algumas reflexões e preocupações neste domínio e, de algum modo, é a tela inspiradora e activadora deste trabalho. Ponderar sobre esta realidade conduziu-nos à questão central que orienta esta pesquisa.

Pretendemos, assim, conhecer a experiência vivenciada pelos enfermeiros cooperantes, enquanto supervisores em ensino clínico de enfermagem.

Ainda que, ao longo da nossa trajectória reflexiva e investigativa, o desenho de investigação adoptado fosse relativamente flexível e os diferentes passos que percorremos se interpenetrassem, estruturámos o nosso relatório em duas partes. Na primeira, emergem as proposições que orientaram o nosso pensamento e a pesquisa. Na segunda parte, apresentamos as opções metodológicas e os significados da experiência de “*supervisionar*”.

Ao procurarmos compreender os significados da experiência da supervisão do aluno de enfermagem, considerámos importante compreender como se processa a construção do conhecimento profissional de enfermagem, em que consiste o ensino de cuidados de enfermagem e o ensino clínico e qual a relação entre a teoria e a prática. Estes aspectos, relativos à formação inicial do profissional de enfermagem, constituem o primeiro capítulo da primeira parte.

No segundo, centramo-nos nos paradigmas de formação e na relação destes com o ensino clínico de enfermagem. No terceiro capítulo, abordamos as temáticas relacionadas com o ensino clínico e a supervisão.

No quarto e último capítulo desta parte procuramos analisar o papel dos enfermeiros cooperantes na supervisão do ensino clínico de enfermagem.

Na segunda parte do trabalho, procedemos à apresentação do estudo empírico. Num primeiro capítulo, enquadrámos metodologicamente o estudo. No capítulo seguinte (segundo), fazemos a análise dos resultados, procedendo assim à incursão pelo contexto do ensino clínico, na perspectiva dos enfermeiros cooperantes. No terceiro capítulo apresentamos a discussão dos resultados.

Finalizamos o nosso estudo com uma exposição sumária das principais conclusões que entendemos poderem condensar a sua essência, e que poderão, não só servir como espaço de reflexão no domínio da supervisão em ensino clínico, mas ainda como incentivo e ponto de partida de algumas investigações nesta área.

Deste modo, este trabalho pretende ser, ao mesmo tempo, uma reflexão sobre o percurso de formação e reflexão da própria prática, “relendo-a”, retirando daí elações que possam projectar-se na acção futura e fornecendo subsídios para aperfeiçoar o dispositivo da Supervisão dos futuros profissionais de Enfermagem.

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**

## **CAPÍTULO I – FORMAÇÃO INICIAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

A formação do enfermeiro é um percurso de apropriação pessoal e reflexivo dos saberes, de integração da sua experiência, em função das quais uma acção educativa adquire significado, gerindo eles próprios os apoios e influências exteriores ao longo do percurso (Bento, 1997).

É neste percurso de formação que o aluno constrói a resposta à questão “*O que é a Enfermagem?*” e aprende a comportar-se como enfermeiro, isto é, inicia a construção da sua identidade profissional.

No percurso individual que leva à formação têm significado as experiências quotidianas próprias, as dos outros e a vivência em sociedade.

A formação prática é, portanto, um processo em que o formando se modifica, modifica as suas percepções e as suas representações acerca do real. É no percurso de formação que o aluno se situa quanto às concepções, crenças e valores que organizarão o seu pensamento e a sua acção profissional.

As condições reais da vida quotidiana em que se processa a formação, os contextos de formação e as dimensões sociais das relações entre os diferentes “actores” que se movimentam nesse contexto ocupam lugar determinante na formação.

A Figura 1 apresenta os elementos que estão presentes nesse processo.

### **1 - CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Reflectindo acerca da construção do conhecimento profissional, considero que não é um processo cumulativo, mas que deve assentar em “alicerces” anteriormente construídos que possam sustentar a futura “casa” a ser construída através da aprendizagem.

Na prática da enfermagem temos, como primeira fonte de conhecimento, a própria pessoa ou o grupo, que se exprime sobre um problema, o que implica a capacidade de

descodificar mensagens expressas pela comunicação verbal e não verbal e referências simbólicas utilizadas pela pessoa no seu contexto de vida.

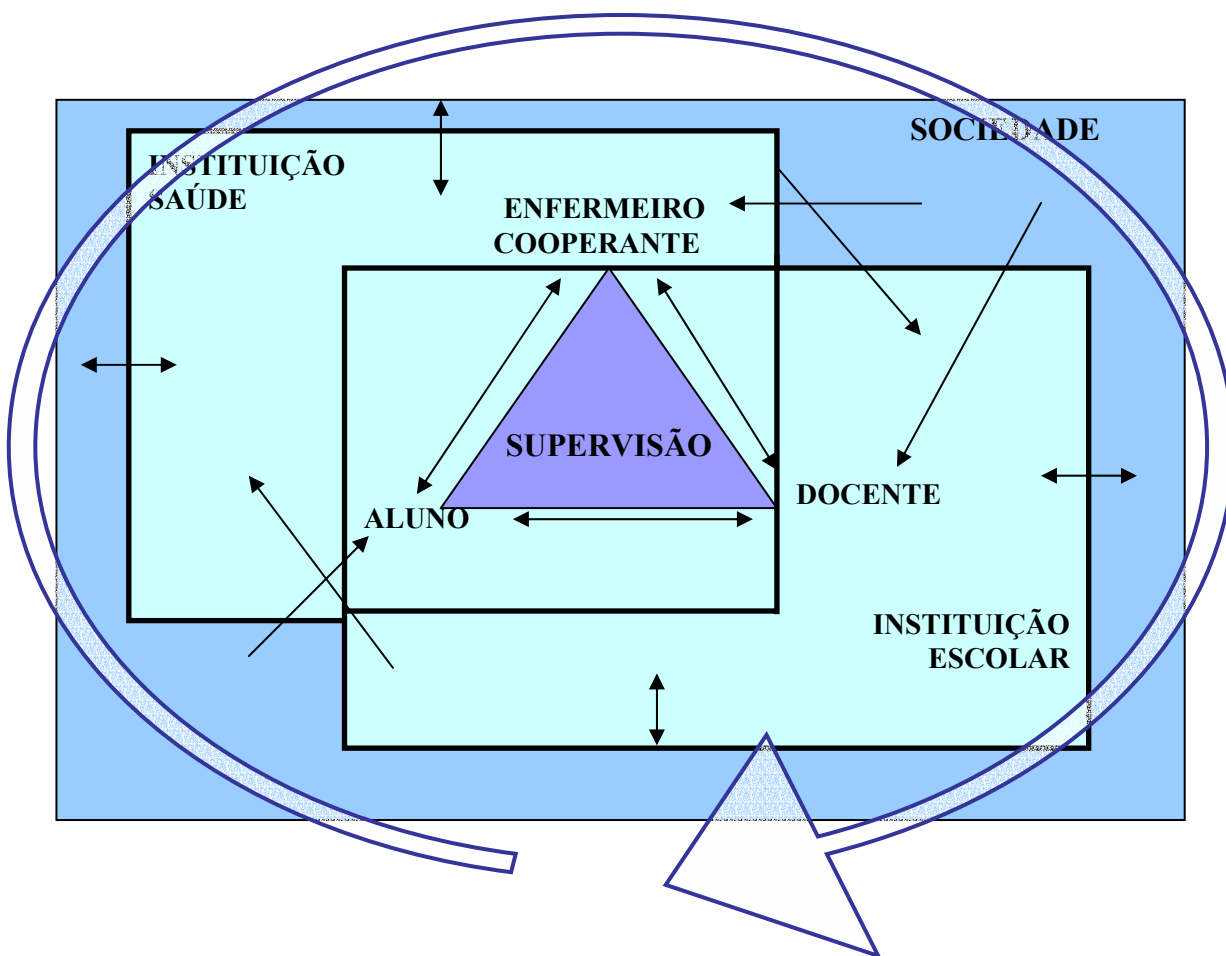


Figura 1 – Contexto do Ensino Clínico de Enfermagem.

Para que a descodificação se processe de modo efectivo e explícito, é necessário que o campo de conhecimento seja alargado e que assente em conhecimentos adquiridos anteriormente. Penso então que estes conhecimentos deverão organizar-se com método, ou seja, com princípios operacionais que ajudem a pensar por si próprio, por forma a constituírem fontes de desenvolvimento no encontro entre a experiência vivida e tudo o que pode enriquecer essa experiência. Só assim é que os conhecimentos utilizados podem constituir um “património”, que gere outros conhecimentos e sirva de alicerce permanente à evolução profissional e pessoal.

Segundo a abordagem de um monge do séc. V, lembrada por Octavi Fullat (referido em Sá-Chaves, 2001), o desenvolvimento humano e profissional dá-se através

do presente das coisas passadas (através da memória), do presente das coisas presentes (actualidade) e do presente das coisas futuras (através da imaginação). Ao reflectir sobre este desenvolvimento chegamos à conclusão de que é no presente que todos nós tomamos decisões sobre a linha orientadora do nosso percurso persistente na vida, ou seja, valemo-nos do passado para construirmos o presente das coisas futuras e o próprio presente, pois apesar de não ser possível construir o futuro, podemos hoje construir as linhas orientadoras que irão influenciar esse mesmo futuro.

Essas linhas orientadoras surgem através da decisão racional ou irracional de diversas hipóteses que delineamos pessoalmente ou em conjunto com outros. Assim surge um dos princípios da construção do conhecimento, o efeito multiplicador da diversidade (Sá-Chaves, 2001).

Pensei neste princípio, e ao ler alguns artigos de Sá-Chaves, penso que faz uma analogia perfeita ao comparar a nossa vida com a *“Estrada Larga”* de Walt Whitman. E como a autora refere, só reflectindo e agindo com base no conhecimento dos valores e dos direitos fundamentais do Homem, das finalidades e dos objectivos mais imediatos que garantem a dignidade do nosso caminhar na estrada larga que um dia, lá muito atrás, aceitámos percorrer, quer como indivíduos, quer como humanidade, é que deixamos *“cair o saber velho e,”* conhecendo-nos a nós mesmos *“melhor do que a ninguém,”* prosseguimos *“inquietos e sempre insatisfeitos rumo ao sítio primordial onde”* julgamos *“que a qualidade mora”* (Sá-Chaves, 2000:91).

Analisando estas palavras, imagino a nossa vida como uma estrada, com muitas encruzilhadas, desvios, buracos, sentidos únicos, inversão de marcha, etc... na qual nós caminhamos construindo o nosso percurso pessoal e profissional e, nesta mesma estrada, encontro estações de serviço, restaurantes, máquinas a limpar essa estrada, obras de reparação, entre outras. Aí podemos parar, pedir conselho, ter alternativas. É aí que nós buscamos os conhecimentos para percorrer a nossa estrada; é aí que se multiplica a diversidade de informação que nos ajudará a ultrapassar os obstáculos que surgem nesta estrada. A caminhada é nossa, e como refere Sá-Chaves (2000:91), deixamos na nossa *“permanente inquietação um rasto de luz, ao passar”*.

Assim, Donald Schön (citado em Sá-Chaves, 2001) diz-nos que temos que dialogar com as situações, observar o que nelas se passa, identificar problemas e propor soluções. Só através da vivência das situações, da sua análise exaustiva e do diálogo podemos identificar as falhas e assim planearmos qual a ou as soluções para a resolução dessa situação. Não há receitas. Cada Homem é uno e, por isso, as soluções devem

adequar-se à singularidade de cada um para este poder percorrer o seu percurso na busca de saber. É um processo vasto que pressupõe um investimento na partilha de informação e que visa o distanciamento progressivo do supervisor<sup>1</sup>. Então podemos depreender que para a construção do conhecimento não basta uma participação passiva da parte do supervisionado, ele tem que participar activamente nesta construção.

Chegamos, assim a outro princípio identificado por Sá-Chaves (2001): o da auto-implicação do aprendente.

Alarcão (1997:7) refere que *“cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser”*.

Tavares e Alarcão (1985:86-87), dizem-nos que

*“a aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável. Ao dizer que a aprendizagem é um processo, pretende exprimir-se que a acção de aprender não é fugaz e momentânea, mas se realiza num tempo que pode ser mais longo ou menos longo. Por construção pessoal, entende-se que nada se aprende verdadeiramente se o que pretende aprender-se não passa através da experiência pessoal de quem aprende, numa procura de equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir e através de mecanismos de assimilação e acomodação. Ao afirmarmos que o processo é experiencial, interior à pessoa, estamos a confirmar o carácter pessoal da aprendizagem, mas também a pôr em destaque um outro aspecto importante, o facto de a aprendizagem não se ver em si mesma, mas apenas nos seus efeitos, ou seja, nas modificações que ela opera no comportamento exterior, observável, do sujeito. É através das manifestações exteriores que se vê se o sujeito aprendeu, mas estas só*

---

<sup>1</sup> Supervisão – processo em que um enfermeiro ou um docente orienta um ou um grupo de alunos em ensino clínico, na resolução de problemas mais ou menos específicos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Supervisor – enfermeiro ou docente que orienta um aluno ou um grupo de alunos em ensino clínico.

*se revelam se no interior do sujeito tiver havido um processo de transformação e mudança. A sua contrapartida externa traduz-se em acções que o sujeito não era capaz de realizar antes de aprender, mas que consegue fazer depois do período de aprendizagem, de uma forma tão consistente que não deixa dúvidas quanto à sua estabilidade.”*

Qualquer que seja o valor dos conteúdos ensinados e dos processos de ensino, o percurso da aprendizagem não pode ser feito senão pelos próprios. Se a pessoa não estiver predisposta a aprender, por mais atractiva que seja a informação disponibilizada (conhecimento público), esta nunca se transformará em conhecimento próprio.

Ninguém aprende pelo outro, cada um tem que se aplicar para que, em conjunto, com o supervisor atinja um dos principais objectivos – a Autonomia (relativa), e apesar de ser da responsabilidade do supervisor encaminhar, guiar o supervisionado, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos, como nos diz Manuel Alegre (s.d.):

*“Com as mãos se faz a paz se faz a guerra,  
Com as mãos tudo se faz e se desfaz,  
Com as mãos se faz o poema – e são de terra.  
Com as mãos se faz a guerra – e são a paz.*

*Com as mãos se rasga o mar. Com as mãos se lavra.  
Não são de pedra estas casas mas de mãos  
E estão no fruto e na palavra  
As mãos que são o canto e são as armas.*

*E cravam-se no Tempo como farpas  
As mãos que vês nas coisas transformadas.  
Folhas que vão no vento: verdes harpas.*

*De mãos é cada flor cada cidade.  
Ninguém pode vencer estas espadas:  
Nas tuas mãos começa a liberdade.”*



Penso que o poema é bastante elucidativo e que nos leva a reflectir que a construção do nosso modelo – “*não modelo*”, ou vice-versa, depende somente de nós, apesar de nos poderem ser dadas diversas hipóteses de caminhada. Somos nós que definimos o nosso futuro. Mas temos que ter consciência de que, na construção do conhecimento, nem tudo é previsível, e é nesta imprevisibilidade que tem origem a mudança. Através da consciencialização do que é correcto e o que é incorrecto, pode chegar-se à mudança.

Assim, Sá-Chaves (2001) identifica outro dos princípios da construção do conhecimento: a consciencialização.

Depois de reflectir sobre este princípio, chego à conclusão de que, na área de enfermagem, ele faz todo o sentido, visto nós adoptarmos perante o doente uma atitude de *care*, de consciencialização suportada, em que se constróem um conjunto de acções que, sem punirem, ajudam o outro a “crescer”, assim como o supervisor ajuda o supervisionado na sua caminhada até à autonomia. Este conjunto de acções constituem o cuidar. Cuidar requer uma relação interpessoal positiva, que engloba comportamentos e sentimentos, tais como assistir, ajudar, ouvir, respeitar, estar ao serviço de, desenvolvendo acções de enfermagem e mostrando capacidade de empatia em relação às experiências e individualidade do doente.

Como refere Sá-Chaves (2001), as actividades profissionais são conjugadas com o exercício da reflexão para tornar a percepção mais consciente e situada e para, a partir da acção, gerar conceitos e princípios orientadores de futuras acções, estruturadores do pensamento e evocadores de capacidades para se saber agir em futuras situações.

Analizando esta afirmação verifico que, muitas vezes, nós não reflectimos sobre o que fazemos e consequentemente não tomamos consciência das nossas atitudes. Somente através da reflexão e posterior consciencialização podemos adoptar uma postura de suporte perante o outro. Não nos podemos deixar levar pelo impulso inconsciente e acabar por ter uma reacção de punição perante o supervisionado (que pode ser o doente, aluno, etc.), temos que ter uma atitude de suporte, de cuidar, pois só assim o supervisionado pode “crescer” até à sua emancipação.

Neste sentido, a enfermagem precisa de avançar a um ritmo que supera o da própria sociedade. Evolui a ciência, transformam-se as técnicas e o estado da arte desenvolve-se.

Mas só a inteligência, a cultura e a sensibilidade podem ser o suporte dos desafios que à enfermagem se põem.

Na enfermagem, como aliás em outras actividades (mas é na enfermagem que aqui e agora se reflecte) não podem estar pessoas que se refugiem no individualismo, que se resignem à indiferença, que degenerem para estados de insensibilidade, desinteresse ou apatia.

Estamos numa sociedade cuja cultura judaico-cristã tem com a morte uma relação crispada, um terror descontrolado, uma ansiedade exacerbada. À ansiedade, à violência da tragédia que se abate sobre a vida, à angustia e ao desespero junta-se habitualmente a dor física que se leva a paroxismos insuportáveis.

É a estes quadros caóticos da existência humana que cabe dar resposta adequada e levar o lenitivo possível, mesmo muitas vezes sem sabermos como.

Urge aprender a lidar com os doentes e suas famílias, vítimas por igual de sonhos desfeitos, vidas destroçadas, horizontes cruelmente encurtados na tragédia dos dias que a dor, de tão curtos, faz longos.

Pensar no que é a enfermagem é quase um exercício de masoquismo. Pensar no que se pode fazer é um desafio ao altruísmo aliado à competência técnica e profissional.

A enfermagem, como profissão dinâmica que é, foi ao longo dos anos e porque não dizê-lo dos séculos, lutando por um espaço socioprofissional que nem sempre lhe foi reconhecido. A tenacidade e a voracidade na aquisição de conhecimentos, o evoluir constante para dar resposta aos permanentes desafios de ordem tecnológica, científica e humana nas suas mais variadas componentes – emoção, dor, medo, esperança – fizeram conquistar o espaço que é o seu e o reconhecimento da enfermagem como imprescindível ao bem estar humano. No contexto das ciências sociais, a enfermagem tem vindo a despertar novos interesses.

Pode parecer irreal dizermos que o papel dos enfermeiros não está ainda definido. O certo é que, quando nos interrogamos sobre o que é enfermagem e o que é ser enfermeiro limitamo-nos, na maioria das vezes, a enumerar uma série de tarefas que não traduzem a especificidade e a essência do nosso trabalho.

É na pessoa humana que tem de residir o nosso empenho, e na relação com ela que temos que construir os caminhos futuros da profissão de enfermagem. Falar da pessoa humana no mundo de hoje é uma tarefa ao mesmo tempo fácil e difícil. Nunca se falou tanto da pessoa, dos seus direitos e prerrogativas. Cada um de nós sente-se

espontaneamente pessoa e quem, de entre nós, não fica profundamente ferido quando se rebaixa a nossa pessoa a um nível que julgamos indigno? De facto a dignidade da pessoa parece uma aquisição da nossa cultura. Porquê será então necessário justificá-la se é tão evidente?

Para estas questões não encontro, por enquanto, respostas, mas sei que é fundamental dentro das “nossas” instituições de saúde lutarmos pelo direito que as pessoas têm à dignidade, e essa dignidade só pode ser atingida através do cuidar da pessoa numa perspectiva humanista/holística.

Para melhor compreendermos esta ideia vou referir as Funções do Exercício Profissional de Enfermagem, que foram adaptadas das Funções do Exercício Profissional dos Professores definidas por Sá-Chaves (2001) e que, na minha opinião, transmitem na perfeição as funções mencionadas.

**1ª Função → Ensino:**

- Intervenções do Enfermeiro (verbais ou não verbais) relativas aos objectivos e aos conteúdos de prestação de cuidados para comunicar aos utentes e às equipas de trabalho os conhecimentos/indicações/empatia considerados oportunos e apropriados.

**2ª Função → Organização:**

- Intervenções do enfermeiro (verbais ou não verbais) que regulam as condições materiais da dinâmica funcional dos Serviços de Saúde, aos níveis micro, meso e exossistémicos.

**3ª Função → Observação:**

- Períodos de tempo em que o enfermeiro, através dos sentidos, capta informação importante acerca do utente que cuida e das condições nas quais esse cuidar acontece, sem haver necessariamente intervenção verbal ou não-verbal.

**4ª Função → Feedback – Comunicação:**

- As intervenções verbais, ou não verbais, quando comunicação com os utentes, mas que não dizem respeito directamente ao ensino a estes.

- Toda a reacção verbal ou não verbal do enfermeiro à prestação cognitiva, afectiva e/ou motora dos utentes com o objectivo de :

- Interrogar sobre o que fez ou disse;
- Avaliar;
- Descrever;
- Corrigir a sua percepção/prestação.

**5ª Função → Execução Técnica:**

- As intervenções técnicas com os utentes que, num quadro de reflexividade crítica, contribuam para satisfação das necessidades e conduzam à autonomia progressiva destes.

- Todas as técnicas relacionadas com as práticas de enfermagem ou com a prática diferenciada desta ao nível da especificidade própria de cada especialidade.

No contexto da enfermagem, pareceu-nos relevante isolar a dimensão Avaliativa, atribuindo-lhe o estatuto de função<sup>2</sup>. Tomamos esta liberdade por julgarmos impossível uma adequada prestação de cuidados se não existir uma avaliação contínua dos mesmos.

Quando se avalia fazem-se juízos de valor, faz-se uma apreciação baseada nos objectivos que nos propusemos atingir. Pretendemos, portanto, comparar os objectivos delineados com os resultados obtidos.

Umas das vertentes da avaliação em enfermagem é a avaliação da prestação de cuidados à pessoa. Durante esta avalia-se a resposta da pessoa/utente às actuações de enfermagem e depois, compara-se esta resposta aos resultados esperados, escritos

---

<sup>2</sup> Sugestão da Orientadora – Professora Isabel Alarcão

anteriormente. Com frequência estes objectivos referem-se a critérios de resposta ou critérios de avaliação. O enfermeiro determina em que medida os objectivos ou as respostas esperadas têm sido alcançadas, ou não conseguidas. Se os objectivos não foram conseguidos, é imprescindível reajustar o plano de cuidados. Este reajuste deve implicar câmbios em alguma ou todas as fases do plano de cuidados de Enfermagem.

Para tal o enfermeiro deve:

- Recolher dados sobre a resposta da pessoa/utente;
- Comparar a resposta com os critérios de avaliação;
- Analisar as respostas;
- Modificar o plano de cuidados.

Outra das vertentes da avaliação em Enfermagem é a auto-avaliação que o enfermeiro deve fazer continuamente da sua prestação de cuidados. O enfermeiro deve desenvolver as suas capacidades reflexivas, de forma a ter uma atitude crítica do seu desempenho.

Na nossa opinião as seis funções do exercício profissional de enfermagem não são dimensões fechadas, mas sim que se encaixam umas com as outras, formando um contínuo na prestação de cuidados.

As funções estão intimamente relacionadas, de forma que cada uma delas afecta as outras. Sem dúvida, uma valorização parcial significa uma avaliação equivocada, devido ao enfermeiro utilizar critérios parciais para avaliar as modificações que experimenta a pessoa/utente e a efectividade das suas actuações.

## 2 - ENSINO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

*“Não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática”* (Kenneth Zeichner citado em Sá-Chaves, 2001).

Poletti (1983) refere-nos que o ensino de cuidados de enfermagem, hoje, não pode constituir somente uma redacção de objectivos em termos comportamentais, a transmissão da informação, a prescrição das leituras a fazer e o controlo dos resultados. Este ensino deve constituir-se a partir de um perito em didáctica, uma pessoa capaz de

criar um clima propício à aprendizagem, de criar uma estrutura de diálogo permanente com os estudantes; o que lhes permite desenvolver a capacidade de analisar dados e utilizar processos mentais conducentes à criação de paradigmas que facilitem a prática. Não deveremos apenas memorizar os conhecimentos, mas sim compreendê-los para depois os experienciarmos no contexto profissional e pessoal.

É necessária a ousadia de pôr em causa, afrontar “a regra”, estranhar o habitual, não aceitar como natural o que acontece sempre, procurar um “remédio” em vez de seguir sempre a “regra”. Pertinente esta citação de Bertolt Brecht (1930: 71):

*“Devem desconfiar de tudo  
até do mais pequeno pormenor  
mesmo que lhes pareça insignificante.  
Procurem ver se está certo  
Principalmente se é como de costume!  
Pedimos expressamente que não achem natural  
Aquilo que acontece sempre! (...)  
Devem estranhá-lo embora não seja estranho  
Achá-lo inexplicável embora seja usual  
Incompreensível embora seja a regra (...)”*

De resto, é sempre verdade aquilo que um dia Paulo Freire (Freire, 1972: 83) escreveu: *“Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.”*

Poletti (1983) refere-nos, ainda, que o papel do *professor* é o de apoiar (processo de sustentabilidade) o estudante, apoiando o seu ideal ético, o seu investimento intelectual e afectivo e o seu desejo de diálogo acerca dos cuidados que aprende a prestar e ainda, a sua presença para estabelecer este diálogo (com um certo grau de alteralidade). Segundo Sá-Chaves (2001), o papel daquele que ensina enfermagem, para além do que Poletti refere, é também a um nível Prático.

O aluno em ensino clínico aprende, em grande medida, pela observação das técnicas e posterior “repetição”. Assim, as escolhas, orientações e as opções que os supervisores fazem têm implicações nas oportunidades que são proporcionadas nas suas aprendizagens e nas dos alunos. A actuação, daquele que ensina, a um nível prático é,

então, imprescindível visto que confere segurança aos enfermeiros e alunos, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de ambos. Como refere Abreu (2003:63), *“é necessário que os professores considerem alternativas para valorizar o seu papel como docentes mas igualmente como actores fundamentais no desenvolvimento do sistema de saúde e da enfermagem como disciplina”*.

Consideramos que toda a acção educativa é condicionada pela personalidade e formação do educador. Contudo, não defendemos de modo algum que toda a acção educativa se esgota na relação humana. O efeito estruturante das técnicas, dos métodos e conhecimentos é outro dos pólos que importa ter em conta neste processo. Parafraseando o filósofo alemão Immanuel Kant, poderíamos sintetizar deste modo este pensamento: a relação sem conteúdo é vazia; o conteúdo sem uma boa relação é cego.

De acordo com Sá-Chaves (2001), isto supõe que, quer em sala de aula quer no terreno, os *professores* de cuidados de enfermagem sejam peritos em aprendizagem, devendo ensinar aos estudantes como aprender, como pensar criticamente, como encontrar o significado dos elementos presentes nos actos que praticam e utilizar a sua experiência, mas também como actuar. É necessário que desenvolvam estratégias que permitam aos estudantes desenvolver as suas próprias estratégias para virem a ser profissionais competentes e eficazes (auto implicação do aprendente → autonomia relativa).

É na interacção com o meio que se aprende a ser autónomo, num processo contínuo que se inicia logo nos primeiros tempos de vida e que nos acompanha ao longo do percurso de vida (Walt Whitman, citado em Sá-Chaves, 2000:87).

A formação em Enfermagem dirige-se a um público que chega à situação de aprendizagem formal com uma história cultural, cognitiva e afectiva diversificadas e únicas; os seus contributos são a mais valia a ter em conta na necessidade de ser escutado, respeitado e participante activo na construção do saber profissional.

As primeiras etapas do percurso profissional são, de facto, determinantes para a aquisição da autonomia profissional, pois as respostas do meio às interacções do aluno, primeiro na escola e depois no local de estágio, vão traçar a matriz do estilo que o indivíduo irá adoptar na sua relação futura quando profissional.

Os sentimentos de confiança /desconfiança em relação a si mesmo e aos outros têm origem nestas primeiras experiências e são decisivos na construção do percurso de cada um.

Para que as opções individuais se tornem *livres* e responsáveis, torna-se necessário poder ensaiar iniciativas e decisões e avaliar, pela experiência, as suas consequências positivas ou negativas.

Um ambiente agressivo, rejeitante ou super-protector não só inibe e limita as iniciativas como ainda impede a sua avaliação crítica.

Favorecer o desenvolvimento da autonomia supõe, portanto, uma atitude que estimule a iniciativa, mas que também deixe o aluno experimentar as consequências daí decorrentes.

A conquista da autonomia necessita ainda do reforço de uma auto-imagem positiva. A pessoa e o meio envolvente mantêm uma relação de reciprocidade, sendo as respostas do meio determinantes para a auto-imagem de cada um de nós. Como podemos acreditar em nós se os outros não nos dão crédito nem sequer consideram as nossas potencialidades?

Falta ainda referir a informação, como elemento de importância capital para tomar decisões livres e responsáveis. Uma informação clara, acessível, oportuna, descentralizada, significativa, relevante e pertinente.

Autonomia é, de facto, um objectivo, um processo nunca acabado na relação pessoal do homem com o meio, mas não é uma utopia quando o respeito pela dignidade da pessoa está presente nas relações entre os homens.

Assim, segundo Silva (2000), para a aquisição da autonomia não importa tanto a listagem de conteúdos a ensinar, mas antes o processo, o percurso e as inter-relações entre o que foi e o que pode ser.

Bowers (1987) e Gray (1984), citados por Bevis e Watson (1989), consideram que a educação contribui para uma forma de mudança social, em que o poder e a autoridade individual deverão ser progressivamente estrangulados a favor de verdadeiras competências de desenvolvimento e raciocínio.

Com efeito, e reflectindo nesta perspectiva, o maior problema do ensino/ formação não consiste em saber que disciplina ministrar, com que conteúdos e actividades; consiste mais em questionarmo-nos sobre que estratégias escolher para favorecer a aprendizagem desejada e que tipo de transacções supervisor – supervisionado melhor permitirão esta aprendizagem.



Evidenciando a importância das relações Supervisor – Supervisando, considero que a aprendizagem só será beneficiada por uma relação supervisiva de suporte em que a natureza da comunicação é factor fulcral (Sá-Chaves, 2001).

A problemática da comunicação, em qualquer sector da actividade humana, é um daqueles temas que regressa ciclicamente ao convívio da nossa reflexão técnica e que, mesmo quando parece ausente, permanece, contudo, bem latente, como uma das questões mais sugestivas e atraentes, pelo que significa de polémico, incómodo e desafiante.

Incontestável, aliás, é a sua permanente actualidade, considerando que, vitalmente, tudo se gera e se desenvolve no universo complexo e multifacetado da comunicação.

Dispensar-me-ão, concerteza, de ilustrar este enunciado com exemplos relevantes, dado que a experiência de cada um de nós oferece factos indesmentíveis sobre as potencialidades da comunicação, na medida em que gera e sana conflitos, compromete e revoluciona a história de cada um, ressuscita ou mata a esperança no futuro.

Aliás, é cada vez mais significativa e mesmo obsessiva a atenção que, a título de referência, os responsáveis pelo desenvolvimento sócio-económico têm vindo a dedicar aos fenómenos comunicativos dentro das suas próprias empresas, conscientes das suas consequências nos resultados financeiros que ambicionam conquistar.

Quantos esforços e energias despendidas na inacabada busca dos segredos da comunicação, sempre em processo de mudança e de aperfeiçoamento! Na verdade, saber comunicar é saber viver; é assegurar o sucesso dos projectos; é, acima de tudo, encontrar as bases sólidas para a realização humana, profissional, social e cultural de cada um de nós.

Temos que ter em conta que as teorias de cuidados de enfermagem pretendem introduzir criatividade e independência na prática de cuidados, constituindo-se um corpo de conhecimentos próprios à enfermagem centrada no humanismo, individualidade/socialidade e cuidado em contextos de responsabilidade.

A propósito do conhecimento profissional dos profissionais de saúde, Sá-Chaves (2000:89) refere que:

*“nunca foi tão evidente que todo o conhecimento se apresenta incerto, instável e efémero (...) os contextos se apresentam também eles*

*instáveis e incertos, porque vivos e dinâmicos, gerando em si mesmos (...) as condições que tornam sempre cada situação em caso único, sempre singular e em evolução (...) um processo de inacabamento (...) garante a possibilidade do seu aprimoramento (...) acesso a níveis de mais elevada qualidade.”*

Na enfermagem, há necessidade de actualização, ou até mesmo construção, constante dos conhecimentos. Esses conhecimentos emergem da prática de cuidados, ou seja os enfermeiros *“dos seus múltiplos saberes constróem, caso a caso, um saber integrado, coerente e ajustado, do qual fazem arma”* (Sá-Chaves, 2000:92).

Assim, parece haver consenso quanto à validade do modelo comportamentalista no ensino de habilidades específicas em que é exigido o treino (Bevis e Watson, 1989).

Se a visão actual da enfermagem é a de uma profissão de interacção humana, de cuidar e promover contextos de desenvolvimento social, então a formação deve adequar-se a este interesse prático. Assim, exige-se o desenvolvimento de processos inerentes ao “conhecimento construído” e não apenas a um conhecimento técnico. Este tipo de conhecimento é contextual, é construído pelo aluno à medida dos seus progressos. Integra aspectos objectivos e subjectivos, assim como modos de saber e formas de conhecimento (apenas os que fazem sentido naquele contexto e situação). Permite ser aberto e criativo, pois não é apenas o discurso científico que é portador de conhecimento relevante. Devemos atender a um discurso multi e interdiscursivo, pois só assim poderemos dar valor a um dos princípios de construção de conhecimento - o efeito multiplicador da diversidade (Sá-Chaves, 2001).

No meu entender este conhecimento é o objectivo de toda a formação, podendo constituir o elemento principal que permite cuidar mais eficazmente no futuro.

### 3 - ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

A formação em enfermagem caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas e períodos de ensino clínico em diferentes instituições de saúde. Considera-se os períodos de ensino clínico como momentos fundamentais, associados ao ensino desenvolvido na escola. É sem

dúvida no ensino clínico que os alunos, para além de poderem pôr em prática os conhecimentos adquiridos na escola, são confrontados com as situações reais do trabalho de enfermagem. Constituem, por isso, momentos importantes de aprendizagem e de desenvolvimento individual e profissional.

O aluno confronta-se com situações novas relacionadas com o tipo de trabalho, pois estando habituado a desenvolver as técnicas na escola com modelos e situações fictícias, passa a cuidar de pessoas em situação real.

No caso concreto da formação em Enfermagem, consideramos ensino clínico todo o ensino que é realizado numa instituição de saúde quer seja junto do utente, de um grupo de utentes ou simplesmente de contacto com a organização institucional e que é essencial para a formação do estudante de Enfermagem. Carvalho (2003) refere que ele é uma mistura de arte e ciência: arte, no sentido de se tratar de uma actividade que se exerce com criatividade/interpretação prévias; e ciência, por se fundamentar num corpo de conhecimentos sistematicamente derivados e convertidos em princípios que o guiam. Penso que a autora, ao tentar definir o ensino clínico, fá-lo de uma forma muito abrangente, fazendo algumas incursões para o significado do que é a enfermagem.

Os conhecimentos adquiridos na escola não são suficientes no sentido de desenvolver competências e criar a auto confiança necessária à prestação de cuidados. Só o ensino clínico lhes dará a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos, ou seja, permitirá desenvolver um saber contextualizado.

Pensamos, tal como Espadinha e Reis (1997), que é no ensino clínico que o estudante começa a compreender o *porquê* de determinados conhecimentos teóricos pela experiência que vai adquirindo. A realidade dos cuidados de Enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada, a partir da realidade que ele observa nos serviços.

Para Quinn (1988:395), o ensino clínico em contexto hospitalar constitui a verdadeira formação em enfermagem, considerando que “*é o local onde a prática real de enfermagem é aprendida em oposição à natureza idealista da escola*”. O mesmo autor considera que os alunos podem aplicar os princípios de enfermagem e desenvolver competências práticas neste domínio como, por exemplo, desenvolver a capacidade de trabalho em equipa, tomada de decisões e competências de comunicação, entre outras. Para tal devem estabelecer uma série de interações inerentes ao ensino clínico, tal com está exemplificado na figura 2.

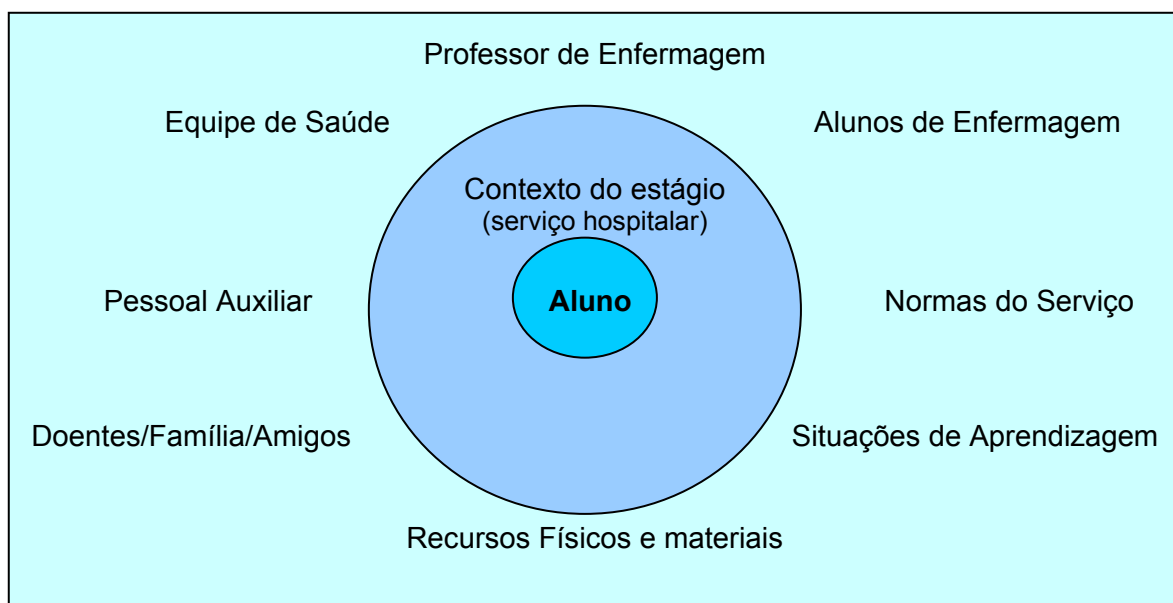


Figura 2 - O aluno no contexto do estágio hospitalar (adaptado de Quinn, 1988:397).

A directiva 453/CEE, transportada para o direito interno pelo DL n.º320/87 de 27 de Agosto e que serviu de base à Portaria 799 – D/99 de 18 de Setembro, refere no ponto 3 do artigo 3º (estrutura curricular) que *“a duração do ensino clínico de enfermagem deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso”*, pelo que o ensino clínico foi, e é, a componente com maior carga horária do ensino de enfermagem. A este propósito, Dubar (1997:49) diz-nos que *“a única formação que lhes (aos profissionais) interessa é a formação prática, directamente ligada ao trabalho, que parte dos problemas concretos e permite resolvê-los propiciando-lhes um benefício tangível. A formação válida é aquela que desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos directamente pelo seu exercício”*. É neste sentido que se compreende que a realidade dos cuidados de enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada, a partir da realidade que o aluno observa nos serviços, no entanto, para que este possa desenvolver competências técnicas necessita de uma base teórica prévia.

Assim, através de uma atitude reflexiva, o estudante deverá dar conta da distância existente entre um mundo em que se enunciam as verdades (segundo a lógica didáctica) e um mundo em que se exige eficácia (em nome da lógica produtiva) (Carvalho, 2003).

O ensino clínico surge como um momento privilegiado para aquisição de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada

na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual.

Considerando que parte dos saberes em Enfermagem se constituem para a acção, o ensino clínico ocupa parte central da sua elaboração. Mais do que aprendizagem, implica necessariamente um trabalho de conceptualização da prática.

Os cuidados de Enfermagem técnicos e relacionais são ensinados na escola, mas são realmente interiorizados a partir da realidade que constitui a aprendizagem clínica.

O estudante, ao encontrar-se inserido num ambiente vivo que actua sobre ele e sobre o qual ele reage, aprende a interiorizar os elementos sócio-culturais do meio, integrando-os na estrutura da sua personalidade por influência de experiências com agentes significativos e aprende a adaptar-se a este ambiente. É aqui que ele vai construindo o seu saber profissional (Martin, 1991). Este saber é construído através de interacções com profissionais de saúde e pela análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, relacionando-as com os saberes teóricos.

Franco (2000:37) refere que o processo de colaboração entre as instituições de Saúde e as Escolas se reveste de particular interesse no ensino Clínico de Enfermagem para a consolidação dos conhecimentos teóricos, uma vez que a análise das situações reais permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho. Mas é também na prática clínica, através das inter-relações com os profissionais de enfermagem e outros que, para além de uma aprendizagem real e efectiva, se constrói a identidade profissional. A este propósito Daniel Jacob (citado em Espadinha e Reis, 1997:31), considera que *“as experiências adquiridas nos estágios são um elemento chave em toda a formação profissional”*, já que é no ensino Clínico de enfermagem que o aluno tem oportunidade de questionar as diferenças entre o que aprendeu na Escola e a forma de pôr em prática os seus conhecimentos.

Podemos assim concluir que o ensino clínico contribui para a socialização do estudante de Enfermagem, processo complexo que lhe permite adquirir conhecimentos, hábitos e identidade profissional (ele aprende a pensar e a ver-se como um enfermeiro) e é, também, uma via transmissora de valores. Apoia-se em hábitos de vida e crenças que interagem nos cuidados de Enfermagem, onde a influência é recíproca. Estes valores fundamentais são, para Collière (1989), os que permitem conservar qualquer prática.

Deve-se, por isso, permitir ao estudante, em ensino clínico, imitar, rejeitar e experimentar por ele próprio, as práticas, os comportamentos profissionais e os conhecimentos adquiridos porque é em ensino clínico que o estudante forma, de modo particular e progressivo, o seu sistema de valores, as suas normas de comportamento profissional, o seu sentido ético, em função das suas próprias características, das dos utentes, da estrutura e das concepções de cuidados de Enfermagem em vigor (Martin, 1991).

O ensino clínico, na perspectiva que temos vindo a expor, cada vez mais se afigura como um processo formativo complexo, exigindo aos supervisores competências pedagógicas, competências de enfermagem e competências pessoais, fundamentais à relação de ajuda (Supervisor/estudante) que o estudante necessita para a progressão na aprendizagem.

#### 4 - RELAÇÃO TEORIA – PRÁTICA

A prática reflexiva assume-se como um daqueles conceitos a que ninguém se opõe, mas que, frequentemente, é etiquetado de “utópico” e de “idealista”, dado o ritmo acelerado em que se trabalha, a rapidez e espontaneidade das tomadas de decisão, a sua imprevisibilidade e a falta de tempo. Aquilo a que Dewey se refere, no dizer de Zeichner, é um equilíbrio entre fazer e pensar: *“a reflexão é um processo que ocorre antes e depois da acção e, em certa medida, durante a acção, pois os práticos têm conversas reflexivas com as situações que estão a praticar, enquadrando e resolvendo problemas in loco”* (1993:20).

Schön chamar-lhe-á reflexão na acção (referido em Alarcão,1991), que implica novas relações e conceptualizações entre teoria, prática e saber.

A teoria, como base do conhecimento profissional, e a prática, derivada dos princípios gerais da teoria e apresentada como a aplicação desse conhecimento à resolução de problemas, têm dominado a educação. Tal facto tem determinado que se atribuam valores e pesos diferentes à teoria e à prática, conduzindo à suposição (decorrente, segundo Schön, do modelo de racionalidade técnica), de que a aplicação da teoria constitui a única certeza de “rigor” para a prática.

Tentando demonstrar que existe uma epistemologia da prática, diferente do conhecimento teórico, Schön considera que, na prática, o rigor se consegue à custa da relevância, pois

*“as situações práticas, pela sua própria natureza, não induzem a uma aplicação directa e linear da teoria, não se podendo apelidar a prática de... rotineira. Há situações práticas que não são rotineiras e manifestam incerteza, singularidade, instabilidade e conflito de valores. Nestas, os fins são conhecidos e determinados, e a selecção dos meios não pode basear-se simplesmente em critérios técnicos de eficácia e de eficiência”* (citado em Usher e Bryan, 1992:79).

O mesmo autor rebate a ideia, radicada no paradigma positivista das Ciências Naturais, de que a teoria é o meio que justifica a prática; segundo a mesma perspectiva, a prática seria legitimada e valorizada pela teoria, o que lhe outorga o direito de resolver problemas técnicos através de procedimentos racionais nas tomadas de decisão.

Em sentido real, a prática aprende-se na prática, localizando-se no conhecimento prático, que é situacional e orientado para a acção, exigindo um processo de deliberação e de interpretação, essenciais do juízo e da acção, em situações práticas (Costa, 1998).

Costa (1998) refere que devemos construir as teorias a partir da prática pela observação de comportamentos. A prática, como tal, transmite a teoria que fundamenta os pressupostos da acção. Problematicar a prática significa, em certa medida, subverter o dualismo teoria/prática. Para a referida autora, a prática interessa-se pela acção e a intencionalidade constitui o seu traço fundamental. Todas as acções, visto que pressupõem intenções, estão relacionadas com marcos ou paradigmas conceptuais que dependem da vida social (...); a prática deve supor uma *teoria* implícita ou não formal.

Costa (1998:26) acrescenta que esta noção de *prática teórica* é interessante, pois contradiz a visão convencional da prática como conduta irreflexiva que existe à margem da teoria e à qual se pode aplicar a teoria. Esta visão conduziu à ideia de que a prática não é uma ciência, ocasionando o distanciamento da teoria científica da observação corrente e da acção quotidiana. A este propósito, Bachelard (citado em Costa, 1998) chega mesmo a utilizar a expressão *“ruptura epistemológica”*. A função da teoria seria como que enquadrante ou habilitadora, permitindo aos profissionais do terreno operar nas situações práticas, relacionando a sua acção com o que é possível e o que é desejável.

Para Schön (1983, citado em Usher e Bryan, 1992), a prática implica acção no mundo e supõe uma relação entre compreensão, acção e mudança. Rebate, assim, a ideia da prática como resolução instrumental de um problema. Segundo este mesmo autor, o simples facto de se colocar um problema já exige *compreensão*, que estará presente na acção e será influenciada pela mesma e pelas mudanças que daí decorram. Estabelece-se assim uma relação interactiva: a teoria (localizada no mundo da experiência), ao mesmo tempo que gera a prática, é gerada por ela – o que lhe confere um carácter regulador, além de habilitador.

Esta noção traz nova luz ao dualismo teoria/prática e possibilita a recusa do vazio entre ambas, pois *“a teoria não se projecta como um conhecimento generalizado e abstracto aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática”* (Usher e Bryan, 1992:87).

As estratégias e modalidades de formação, que ainda hoje continuam a influenciar a formação em Enfermagem, são tributários de uma epistemologia de raiz positivista que encara a relação entre a acção e a teoria como uma relação de mera aplicação. Na prática da formação, esta forma de pensar traduz-se pela sobrevalorização da anterioridade da formação teórica, relativamente à acção (Canário, 1997).

Cruz (1994:81) defende que a teoria não deve estar desligada da realidade, se não torna-se *“uma teoria no vazio”* ou *“um empirismo desconexo”*.

#### **4.1 – Dicotomia Teoria/Prática no Ensino de Enfermagem**

Os alunos de Enfermagem apropriam-se do “discurso académico”, do conhecimento simbólico que explica as coisas, mas não o transformam em “conhecimento prático”, aquele que faz com que as coisas sejam feitas. Assim, “pensar” e “fazer” Enfermagem surgem como entidades separadas e remetem-nos para uma das crises enunciadas, pois a teoria pode mudar a consciência, mas não pode proporcionar os meios para mudar a realidade social em que a consciência se localiza (Usher e Bryan, 1992).

Na Enfermagem, e noutras profissões, há uma discrepância entre aquilo que as teorias sugerem e aquilo que na prática ocorre. Em teoria, cada doente é um indivíduo com necessidades físicas, emocionais e sociais. A pessoa (e não a doença) constitui o foco da Enfermagem. Os cuidados de Enfermagem consistem em ajudar a pessoa a



manter, a atingir o nível óptimo de bem-estar, através da aplicação de modelos de enfermagem (Aggleton e Chalmers, 1986 citado em Costa, 1998). Na prática diária, porém, é diferente o que se passa com os modelos que, incidentalmente, são aprendidos por repetição na experiência das áreas clínicas. Aí, o foco da Enfermagem é o mal-estar e a doença física; os cuidados desenvolvem-se nas enfermarias, de acordo com rotinas mais ou menos estabelecidas. A Enfermagem “real” é a resolução técnica da doença.

Coloca-se então a questão de que melhorar e promover a prática passa pela promoção da reflexão crítica, o que relança o debate sobre a “teoria” e o lugar da investigação na prática, distanciando-se das consequências a que podem conduzir a assunção de princípios unilaterais de actuação (teóricos, práticos e outros) ao serem analisadas situações particulares, deixando de lado as condições políticas e sociais em que as mesmas ocorrem; de facto, podemos abstrair dos contextos sócio-históricos, políticos e administrativos da produção de cuidados, mas corremos o risco de gerar novas formas de alienação profissional.

Como promover a integração teórico-prática? Como promover o encontro entre “pensar” e “fazer” enfermagem? Bento (1997), no seu livro *“Enfermagem – Que Identidade”*, sugere que uma maior interpenetração entre docência e exercício profissional proporcionarão ao ensino de Enfermagem relevância e adequação da disciplina face às necessidades dos Formandos.

A realidade da prestação de cuidados em saúde é uma realidade complexa; “aprender enfermagem” integra esta complexidade no contexto da prática de cuidados. O que significa então a “prática”? Considerando a distinção entre ciência e prática, esta implica sempre, e também, escolha e decisão entre possibilidades. Sobre o mesmo fenómeno (situação de cuidados) podem ocorrer interpretações diferentes, conforme o ponto de vista adoptado. É pela história cognitiva, afectiva e social que cada um dá sentido à realidade dos cuidados; mas para a compreender é preciso observá-la e interpretá-la. O estudo desenvolvido por Bento (1997) realça a importância de, no processo de formação, haver espaço não só para observar, como para discutir, questionar, reflectir sobre a própria prática e a dos outros.

Franco (2000) refere que, apesar de todos os obstáculos, teremos de continuar lutando duramente para que sejam encontrados caminhos que levem a prática de ensino/estágio a superar formas alienadas de desenvolvimento, para as dimensões mais produtivas. O referido autor afirma que a dicotomia serviços/escola é referida pelos enfermeiros como um problema que resulta de uma “*desarticulação*” real entre a teoria e

a prática. Os docentes estão afastados da prática clínica e, por isso, fazem um ensino desinserido da realidade, ou demasiado teórico para a realidade. Torna-se urgente aproximar o ensino teórico do ensino clínico, sendo o ensino clínico de enfermagem, por excelência, a melhor forma de o fazer, pois é aqui que estas duas componentes se encontram.

Negrão (1993, citado em Franco, 2000:39) considera que *“devem ser reconhecidas as capacidades profissionais das enfermeiras de campo e aproveitada toda a potencialidade dos recursos humanos existentes nos serviços”*. Contudo, não podemos esquecer que, para que essa orientação seja efectivamente participada pelos enfermeiros, é fundamental que exista uma mudança na articulação efectiva entre as instituições.

Sem menosprezar o papel primordial desenvolvido pelos professores de Enfermagem tanto nas Escolas Superiores de Enfermagem como nos locais da prática, a presença dos pares (enfermeiros dos serviços) e a articulação permanente serviços – escola e escola – serviços, é nossa convicção que muito contribuirão para o desenvolvimento da formação. Para tal, há um longo percurso a construir.

#### **4.2 - Articulação entre Teoria e Prática**

A formação em Enfermagem só se concretiza quando, aos estudantes, são proporcionadas aprendizagens nos dois espaços formativos: a escola e as organizações de saúde.

A escola e os locais onde decorre o ensino clínico como espaços de formação deverão aproveitar os conhecimentos adquiridos pelos estudantes para desenvolver os diferentes saberes, organizando-se a fim de proporcionar uma construção reflexiva de um projecto profissional.

As formas diversas de organizar essa formação, que alterna aprendizagens na escola com aprendizagens em contexto de trabalho, conduziram ao aparecimento das chamadas formações em alternância.

A formação em Enfermagem será, assim, uma formação integradora que tem como finalidade permitir a transferência, para o contexto real do trabalho, das aprendizagens efectuadas em contexto escolar, no sentido de minimizar as dificuldades

de aproximação da escola ao real e, simultaneamente, *pedagogizar* as aprendizagens e vivências nos locais de trabalho. Os conhecimentos teóricos, processuais, experienciais e técnicos e os raciocínios abstractos, exigidos para o desempenho da profissão, e o desenvolvimento de capacidades, no sentido da responsabilidade, que permita a adaptação do estudante a novas situações e a saber posicionar-se no mundo em mudança acelerada, fazem parte de uma lógica pedagógica que não deixa de se enxertar numa lógica de trabalho (Carvalho, 2003).

A articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social do contexto de trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção, constituíam dimensões, na maioria dos casos, completamente ignoradas. Predominava a concepção de que toda a prática profissional era susceptível de uma descrição prévia, susceptível de ser traduzida e operacionalizada em objectivos e técnicas de formação. Uma formação (teórica) eficaz era então transferida, por um processo de aplicação, para o ensino clínico, que transformava este ensino num processo de treino de natureza instrumental e adaptativa, e a aprendizagem num processo de reprodução de normas e gestos estabelecidos *à priori*. Esta perspectiva de formação era claramente redutora e inadequada (Canário, 1997).

Dado que a actual formação em Enfermagem envolve uma complexidade de atitudes e comportamentos só possíveis de aprender e interiorizar em situações reais, a prática é fundamental para uma aprendizagem profissionalizante, onde componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas e relacionais têm grande peso (Carvalho, 2003).

A relação teoria / prática não deve ser vista num único sentido, mas sim numa relação dialógica em que teoria e prática se informam uma à outra (Zeichner, 1993).

Incentivar a aquisição de uma consciência progressiva sobre a prática é fundamental, sem desvalorizar, contudo, a importância dos contributos teóricos. Estes conferem ao estudante uma aprendizagem abstracta que só poderá ser posta em prática através de um processo de decisão.

A articulação teoria/prática constitui uma das grandes preocupações actuais na formação em enfermagem surgindo em numerosos artigos, sendo justificado de diferentes formas, por diferentes autores e sugerindo possíveis origens e soluções.

Numa perspectiva de articulação ensino-exercício, Gonçalves *et al.* (1995), analisam o "ensino-exercício", considerando fundamental colmatar a dicotomia teoria/prática. Neste estudo, propõe-se que o planeamento do estágio, envolva

professores, alunos e profissionais dos serviços. Coloca em evidência a importância do professor conhecer "a realidade". Mas também envolve as suas características pessoais; o nível de conhecimentos dos alunos em relação aos conteúdos programáticos; as características dos alunos; as características dos serviços onde irá decorrer o estágio; e, ainda, as características e capacidades dos profissionais do serviço para colaborarem no estágio. Consideram também, que, para obter os resultados desejados em termos de aprendizagem dos alunos, será importante que os profissionais dos serviços participem no planeamento do estágio. Estes autores sugerem que a escola dê formação aos intervenientes na formação, de modo a uniformizar critérios de orientação e de avaliação, incentivando um maior envolvimento no processo de ensino/aprendizagem dos alunos em estágio. Nas conclusões, consideram os estágios oportunidades determinantes na formação do aluno. Além disso, evidenciam a importância de melhorar a comunicação entre as escolas e os serviços, sendo para tal necessário o reconhecimento de capacidades e potencialidades aos profissionais dos serviços e uma melhor articulação escola/serviços.

No que concerne à formação inicial em enfermagem e relativamente à articulação entre o ensino e a prática, Ribeiro (1995) estuda as implicações do ensino para a prática. Refere-se à utilização de diferentes linguagens e modelos, considerando que os professores e os teóricos falam do que "*a enfermagem devia ser*", enquanto os enfermeiros dos serviços falam da "*enfermagem como ela é*". Evidencia a necessidade de uma revolução de mentalidades, quer dos docentes, quer dos enfermeiros dos serviços que implicaria a análise conjunta de problemas, a discussão conjunta de formas de cooperação que permitam uma formação mais eficaz, constituindo um contributo para a melhoria de cuidados, a análise e discussão sobre os valores subjacentes na formação e na prática de cuidados. A autora considera, ainda, que ambos os campos, escola e serviços têm responsabilidades, pelo que deverão juntar esforços no sentido da mudança para uma melhor formação e melhores cuidados. Apresenta as seguintes sugestões: a elaboração de protocolos que envolvam os diferentes actores e que "*determinem claramente as áreas de cooperação e as suas implicações ao nível de direitos e deveres de ambas as partes*" (p. 14); a introdução do conceito de "*preceptoria*", à semelhança de outros países, que passe por um planeamento conjunto de meios de concretização, com definição clara de responsabilidades e da instituição.

Sobre o ensino de enfermagem e o fosso existente entre a teoria e a prática, Figueiredo (1995) apresenta, como razões para este fosso, a dicotomia entre o que se transmite pelos livros na escola e a realidade dos serviços; o "modelo tradicional de

educação" em vigor nas escolas de enfermagem; o conflito entre o currículo explícito e o currículo oculto; o afastamento dos enfermeiros docentes da prática; a falta de comunicação efectiva entre os enfermeiros docentes e os enfermeiros dos serviços. Sugerem como caminhos a percorrer: a construção de teorias a partir da prática, referindo que os cuidados de enfermagem são construídos em situações para as quais não há respostas certas nem procedimentos padrão, sendo fundamental incentivar os alunos à reflexão sobre situações reais por eles vivenciadas; o estágio não se pode limitar à aplicação da teoria à prática, devendo constituir uma oportunidade única para construir o saber com base nos conhecimentos anteriores; evidenciam a importância da reflexão sobre a prática. Preconiza, também, a utilização de metodologias adequadas à formação de adultos e o desenvolvimento de projectos conjuntos entre enfermeiros docentes e enfermeiros dos serviços, de forma a introduzir mudanças quer a nível da formação, quer ao nível da prestação de cuidados.

## **CAPÍTULO II - PARADIGMAS DE FORMAÇÃO – RELAÇÃO COM O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM**

A mudança é uma necessidade da vida e do mundo.

Também a mudança tem sido uma constante na vida dos enfermeiros, não só como resultado de formações, mas geradora da própria formação.

É que a vida é uma permanente transformação que se opera a nível individual e colectivo, no homem e na natureza, de forma tão interligada que não é possível dissociar o homem da natureza, como refere Santos (1989) quando, através de teses próprias, apresenta o paradigma emergente como forma de ruptura epistemológica com o paradigma tradicional ou dominante das ciências exactas, trazido para as ciências sociais por Augusto Comte.

Tavares e Alarcão (2001), ao reflectirem acerca dos paradigmas de Formação e Investigação no Ensino Superior para o Terceiro Milénio, fazem-no num contexto em que tiveram em linha de conta não só as linhas mestras dos paradigmas tradicional e pós-moderno, mas também a sua experiência docente na investigação e na administração e a reflexão que fizeram ao longo dos últimos anos em torno destes temas.

Relativamente ao paradigma tradicional, Tavares e Alarcão (2001: 98) referem que *“no contexto do paradigma tradicional, os professores do ensino superior ensinam, transmitem e explicam aos seus alunos a ciência normal disponível, não investigam propriamente. Além disso, classificam-nos.”* Resumindo, os autores concluem que na base da sua actuação, está uma epistemologia de transmissão e aquisição de conhecimentos.

Nesse paradigma, o bom pedagogo era apenas um bom explicador e o aprendente era *“considerado como uma entidade abstrata, não-personalizada, o aluno médio, estatístico, sem rosto, sem tempo nem lugar, descontextualizado”* (Tavares e Alarcão, 2001: 98). O aluno era o ignorante, o inculto, o aprendiz que era preciso ensinar, conduzir, disciplinar, controlar.

Por isso, a relação entre Pedagogo e aprendente era naturalmente distante, uma relação de superioridade e esperava-se do aprendente uma atitude de docilidade, de obediência, de passividade e de disponibilidade, própria do discípulo, seguidor, imitador.

*“O objectivo da aprendizagem visava a aquisição dos conhecimentos transmitidos e a imitação do mestre, como o modelo a seguir. Desse modo, o aluno deixava-se formar, modelar, de acordo com os “moldes” preestabelecidos”* (Tavares e Alarcão, 2001: 98).

Com um atraso de algumas décadas em relação às ideias pioneiras de grandes reformadores da enfermagem no séc. XIX (o Pastor alemão Fliedner e as inglesas Florence Nightingale e Ethel Bedford Fenwick), as primeiras iniciativas no domínio da formação profissional dos enfermeiros portugueses remontam ao final da Regeneração ou Fontismo.

De acordo com Ferreira (1986), os primeiros cursos de “Enfermagem científica”, realizados entre nós, datariam de 1881, 1886 e 1887 (respectivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto).

Significativamente, a necessidade de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado é sentida sobretudo pelos hospitais das três cidades onde se ministra o ensino oficial da medicina (a Faculdade de Medicina de Coimbra e as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto).

Constata-se que, já em 4 de Janeiro de 1836, havia sido criado nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto um curso de parteiras, com a duração de dois anos e estágio final. Em princípio, exigia-se como habilitações mínimas o saber ler e escrever. Todavia, a formação de parteiras com alguma preparação prática já se fazia antes, na Casa Pia, criada em 1780 (Miguel, 1981).

Simões (1888:334) refere que o principal responsável pelo ensino prático dos enfermeiros se deveria esforçar:

*“por dar toda a amplitude que podesse à instrução prática d’aquelles serviços, junto do leito dos próprios doentes. Tratando-se, por exemplo, dos processos de pôr em limpo um paralytico, de vestir a camisa a um rheumatico, de transportar a braços um invalido, de levar cacheticos para camas ao ara livre, de ministrar o banho geral a um entrevado, etc., etc., tudo isso o professor ensinava praticamente, com os exemplares que ia escolhendo em todas as enfermarias.”*

O referido autor comenta que *“para o ensino pratico de tudo isso, todos nós reconhecíamos, no distinto operador, um zelo inexcedível, e uma aptidão excepcional: - ninguém o faria melhor, nem com vontade mais dedicada”* (Simões, 1888:335).

Por sua vez, Ricardo Jorge, no seu relatório apresentado ao Conselho de Instrução Pública (1885) fez uma referência explícita à necessidade de criação de cursos de enfermagem no âmbito das Escolas Médico-Cirúrgicas, ao mesmo tempo que investivava a tentativa a continuar a manter essas “entidades fósseis” que eram os barbeiros-sangradores e os cirurgiões ministrantes.

Ricardo Jorge escreve, no seu habitual estilo enfático e contundente, tão característico do seu tempo e da sua personalidade:

*“Não direi o mesmo dos cursos de enfermeiros, destinados a fornecer aos hospitais bons ajudantes, e mesmo à clínica particular bons assistentes de leito. (...) Criado o internato e a assistência de clínica, não poderia iniciar-se em curso humanitário no Hospital de Santo António, cuja administração devia ter o máximo empenho em promovê-lo?”*  
(Jorge, 1885, citado em Graça e Henriques, 2000:6).

Quanto à formação das parteiras, ministrada nas Escolas Médico-Cirúrgicas, Ricardo Jorge diz que é um “*curso menos de obstetrícia (...) frequentado por mulheres que não possuem em geral a menor instrução*” (Graça e Henriques, 2000:6). Embora a lei então impusesse como condição mínima o saber ler e escrever, “*o lente de partos tem de desempenhar (...) todos os anos as funções de mestre-escola*”. E comenta em tom jocoso o autor do relatório: “*com tais predicados imagina-se o que serão em geral estas comadres ao rematar o curso e em que condições estão elas para utilizar do ensino*”.

O ensino dos alunos no primeiro curso de enfermagem verdadeiramente organizado data de 1920 e foi regulamentado para funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra, sob tutela dos médicos, com a duração de dois anos. Este era organizado de forma a atender às necessidades do hospital e, por conseguinte, aqueles integravam as escalas hospitalares. O ensino teórico estava a cargo dos médicos e, no ensino prático, colaborava o pessoal de enfermagem dos serviços clínicos.

O hospital era a entidade empregadora por excelência, pois a escola habilitava os enfermeiros para integrarem o seu quadro.

Nesta situação, os formadores prestavam atenção ao objecto do conhecimento e, sobretudo, à produção. A direcção do processo verificava-se essencialmente na linha recta: formador → objecto → produção (Dominicé, 1989). Os modos de trabalhos pedagógicos eram do tipo transmissivo segundo a designação de Lesne (1984), em que a função era preparar para determinados papéis.



De acordo com Fernandes (1998), num ensino que se quer profissionalizante e participado, os modos de trabalho pedagógico devem ser do tipo apropriativo, centrado na inserção social, pelo que a relação com o saber se processa pela utilização de uma pedagogia de relação dialéctica entre a teoria e a prática e os efeitos sociais se revelam pela sua função produtora e transformadora: *“desenvolver nos indivíduos a partir da sua posição social, a capacidade de modificarem as condições de exercício das suas actividades quotidianas”* (Lesne, 1984: 239).

Fazendo a analogia entre o que diz Formosinho (1987), sobre os modelos de formação de professores e a formação do enfermeiro, considera-se que o modelo utilizado na formação deste era um modelo “empiricista” em que o saber era, sobretudo, o resultado das suas práticas e estas tinham lugar junto dos mestres experientes em que o aluno tinha o estatuto de aprendiz. Era um modelo que dificultava a inovação, que conduzia a uma prática de receitas.

Por forma a que os alunos continuassem a apoiar e assegurar os cuidados aos doentes no hospital, os estágios tinham lugar todas as manhãs e as aulas todas as tardes.

Esta modalidade de formação talvez se possa comparar ao modelo centrado nas aquisições descrito por Ferry (1987: 53):

*“Nesta óptica de aplicação, os estágios concebidos para pôr em acção conhecimentos e habilidades adquiridas no centro de formação não dão lugar, a não ser excepcionalmente, a um reajustamento. A relação teoria prática tem menos oportunidades de se realizar, já que os formadores do centro de formação não são os mesmos que os formadores dos estágios, o que faz dizer a Bertrand Schwartz que os alunos em estágio são acidentalmente os mesmos que os alunos em curso”.*

Tavares e Alarcão (2001) reflectem igualmente acerca do paradigma pós-moderno que se caracteriza por ser um paradigma de transição. Com este paradigma começa a emergir a ideia de um sujeito como construtor do conhecimento, colocando-se o enfoque na aprendizagem. Reconhece-se que é importante ajudar os alunos a pensar e a reflectir:

“O sujeito constrói a partir de si mesmo as suas representações sensoriais, perceptivas, lógicas, mas em interacção permanente com a realidade construída que lhe serve de referente e cuja interpretação permite-lhe estabelecer significados, produzir sentido(s)” (Tavares e Alarcão, 2001: 100).

A reforma de 1952 pode-se considerar um novo marco neste ensino, efectivada pelo Dec. Lei n.º 388/84 de 28 de Agosto e Dec. Lei n.º 388/85, de 28 de Fevereiro. As Escolas de Enfermagem passam a leccionar os cursos de: Auxiliares de Enfermagem, Enfermagem, Enfermagem Especializada e Enfermagem Complementar. O Curso de Auxiliares de Enfermagem tem um carácter essencialmente prático, a sua duração é de um ano lectivo, englobando seis meses de estágio obrigatório. O Curso de Enfermagem passou a ter a duração de três anos lectivos, mantendo as mesmas exigências em termos de habilitações. Além disso, foi criado o Curso de Enfermagem Especializada para habilitar os profissionais para o exercício das especialidades. O Curso de Enfermagem Complementar destinava-se a preparar Enfermeiros chefes e monitores de Enfermagem e tinha a duração de um ano.

Há disciplinas cujos conteúdos são mais desenvolvidos, há outras que surgem. É de salientar que a existência da disciplina *Adaptação à vida Profissional* considerava como características desejáveis a uma enfermeira: Saúde física, moral, mental e emocional; mentalmente desenvolvida; tecnicamente competente; ser digna de confiança; ter expediente e saber ser equilibrada; ser prudente; ser colaboradora; ser simpática; ser bem educada; ser culta; obter satisfação pessoal no trabalho; ter responsabilidade pelo trabalho (Fernandes, 1998).

Importante ainda o facto de fazer parte do programa da referida disciplina, entre outros, os seguintes itens:

- O respeito pelo doente como pessoa humana;
- O segredo profissional.

Os Cursos de Enfermagem passaram a ser ministrados em Escolas de Enfermagem oficiais ou particulares, que passaram a gozar de autonomia técnica e administrativa. Houve melhoria da formação dos monitores para quem foi criado especificamente o curso complementar de enfermagem. Os Planos de Estudo já apresentavam um programa que engloba aulas teóricas, práticas e estágios, sendo estes de presença obrigatória. No final do curso, os alunos tinham de se submeter a "exame de

estado", para avaliar se reuniam as condições indispensáveis ao exercício da profissão, isto é, qualidades humanas, técnicas e éticas bem como conhecimentos de enfermagem (Nogueira, 1990). Este exame só viria a ser abolido em Junho de 1974.

O alcance da reforma de 1952 ficou, no entanto, limitado pela persistência, se não mesmo agravamento, das deficiências que já vinham de trás. No essencial, e segundo Nogueira (1990:138-139):

- *“Indefinição dos objectivos de ensino/aprendizagem;*
- *Natureza meramente selectiva dos exames;*
- *Carência de monitores em quantidade e qualidade;*
- *Aproveitamento oportunístico pelos Hospitais do trabalho dos estagiários, com grave prejuízo para a sua formação;*
- *Enfoque hospitalocêntrico e tutela médico-hospitalar da enfermagem.”*

Na ministração do ensino verificava-se também uma mudança – o ensino das técnicas de enfermagem passava a ser feito pelas enfermeiras-monitoras-chefes.

Mas esta época foi ainda marcada por um ensino em que emergiu uma preocupação pelo pragmatismo, em que *“a verdade de uma ideia reside na sua utilidade, definindo-se pelo seu êxito”* (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003), como informa o currículo:

*“recomenda-se instantemente aos professores que se cinjam estritamente aos programas elaborados para as diversas cadeiras não os alongando, nem descendo a pormenores de erudição, para que o ensino possa ser eficiente e útil, em vez de se tornar um amontoado de ideias teóricas”* (Fernandes, 1998).

Embora o ensino continuasse ainda a ter um carácter transmissivo, o facto de as técnicas de enfermagem serem ensinadas pelas monitoras chefes, pressupunha que o enfermeiro começasse a ter um papel diferente junto dos alunos.

Se, para ser enfermeiro, além de outras características, era preciso ser-se culto, essa cultura parece começar a dar forma a uma certa autonomia da profissão de enfermagem.

Será preciso, entretanto, esperar pela reforma de 1965 (D.L. n.º46/448, de 20 de Julho), para que o ensino e o exercício da enfermagem em Portugal comecem a desmedicalizar-se e a ganhar maior autonomia e especificidade, abrindo-se assim as correntes internacionais (e nomeadamente às orientações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Internacional de Enfermeiros):

- O plano de estudos visava uma formação mais equilibrada e polivalente do enfermeiro, com menos peso da patologia e de outras matérias do domínio das ciências biomédicas;
- A orientação da enfermagem já não era apenas para o hospital mas também para o exercício de actividades no campo da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais;
- Enfatizava-se a necessidade de uma pedagogia activa e participativa, etc.

Em 1965 é aprovado um novo plano curricular que tem como finalidade proporcionar ao aluno uma formação como pessoa e como técnico, de forma a tornar-se um profissional apto e eficiente em qualquer campo da enfermagem.

A actuação do enfermeiro efectuava-se aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, com a consequente aquisição de novas competências. Pretendia-se uma maior independência do aluno na sua aprendizagem, com transferência desta para outras situações, na tentativa de resolução de problemas, tal como preconiza Berbaum (1989) quando se refere ao sujeito da aprendizagem. É grande a responsabilidade do enfermeiro na educação do indivíduo, família e comunidade em relação à sua saúde, educação esta que, no dizer de Dominicé (1990), deve respeitar os valores, costumes e tradições das populações, ou seja, as aprendizagens realizadas na sua trajectória de vida.

Assiste-se agora a uma viragem na ligação escola – hospital. Os horários de estágio dos alunos passam a ser independentes das instituições hospitalares, sendo os alunos acompanhados pelo monitor responsável pelo ensino teórico e prático. O ensino de enfermagem processa-se por blocos de teoria seguidos de blocos de prática, pretendendo-se uma certa articulação entre a teoria e a prática.

O ensino da Enfermagem não passou incólume pelas transformações operadas na sociedade portuguesa, na sequência da revolução do 25 de Abril de 1974.

O período que se vivia era essencialmente reivindicativo, com muitos direitos, mas com muito poucas obrigações. É neste contexto que surge a reforma de 1976, cujo currículo teve como finalidade criar em Portugal uma modalidade única de formação de base do enfermeiro.

Em Agosto de 1976 foi aprovado novo Plano de Estudos, sendo um dos seus objectivos, o enquadramento do Curso de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Pretendia dar aos enfermeiros uma formação básica polivalente, de modo a que agissem como elementos de mudança na sociedade tendo em conta o Serviço Nacional de Saúde. O Curso mantinha a duração de três anos lectivos, sendo exigido como habilitação, o Curso Geral dos Liceus ou equivalente legal. A partir de 1979, embora se mantivesse como critério de admissão as habilitações anteriores, passou a dar-se preferência aos candidatos que tivessem o Curso Complementar dos Liceus.

As orientações deste plano vêm na sequência de uma decisão política do início da década de 70, que criou uma rede de Centros de Saúde com vocação para a Saúde Pública e para os cuidados primários.

O que se pretendia com esta reforma?

- Dar uma formação básica polivalente;
- Preparar enfermeiros como agentes de transformação;
- Formar enfermeiros capazes de preparar elementos da comunidade de forma a exercerem junto dela uma “acção primária de saúde”.

Este currículo introduz como inovação uma maior ênfase na saúde e nas ciências humanas, integrando-se ao longo do curso os conceitos de saúde (mental e comunitária), de pedagogia, de gestão e de investigação.

Aqui pode dizer-se que é conferido ao formador a iniciativa de desenvolver estes conceitos e de os gerir com a colaboração dos próprios formandos. Foi dada a liberdade ao aluno de intervir no seu projecto de formação, no seu projecto profissional, partindo da história de vida de cada um, tal como perspectivam Berbaum (1989), Nóvoa (1988) e Dominicé (1990).

Poucas escolas terão conseguido entretanto aplicar na prática o regulamento de 1970 (Portaria n.º34/70, de 17 de Janeiro), que previa, além da plena autonomia técnica

e administrativa (as direcções passam a ser entregues aos enfermeiros com funções de ensino), a participação dos alunos e da comunidade hospitalar na organização e funcionamento dos estabelecimentos (Nogueira, 1990:144).

Salienta-se aqui a metodologia preconizada – uma metodologia de aprendizagem em substituição da pedagogia tradicional – uma verdadeira aprendizagem activa e não selectiva.

A metodologia previa ainda a necessidade de preparar enfermeiros capazes de discernir entre a realidade existente e a premência de actuar sobre ela no sentido de a melhorar. Exige que o aluno tenha oportunidade de, constantemente, desenvolver uma atitude de análise e crítica frente a situações concretas. Ao analisarmos estas afirmações, podemos então afirmar que estamos perante um paradigma pós-moderno ou até mesmo emergente.

O objecto de estudo da enfermagem é agora o homem na sua globalidade; por isso, as competências do enfermeiro deviam conciliar saber, saber fazer e saber ser (Fernandes, 1998).

Pode então afirmar-se que este modelo de formação, e de acordo com Ferry (1987), se centra no percurso, em que o acento tónico é posto no desenvolvimento da personalidade, e em que a aproximação entre as actividades de formação e a prática profissional não são da ordem da aplicação, mas da de transferência. O modo de trabalho pedagógico é do tipo incitativo, de orientação pessoal susceptível de uma adaptação social (Lesne, 1984).

Surge pela primeira vez a introdução do conceito de investigação.

Aqui tem razão de ser a afirmação de Nóvoa (1991) ao intitular a sua tese: *“a formação faz-se na produção (e não no consumo) do saber”*. Também o enfermeiro precisa de adoptar uma postura de investigador, ligado necessariamente a uma prática.

Nóvoa (1991), defende a (auto)formação participada, afirmando que não se trata de um autodidatismo, mas um processo pelo qual uma pessoa ou um grupo, com a ajuda de um formador, elabora o seu próprio projecto de formação e o realiza ao seu próprio ritmo. Mas o aprendente não fica totalmente entregue a si próprio. O papel do formador é um papel de conselheiro educativo, de tutor. Ele exerce a função de guia que tem por fim ajudar o indivíduo a realizar com sucesso o projecto educativo que escolheu, ou seja, ajudar o indivíduo a situar-se em cada instante, por um lado, nos objectivos perseguidos, por outro, em função das motivações e dos meios de alcançar os fins visados.

Deve emergir o conceito de autonomia, responsabilização, auto-estudo, auto-regulação, estudo dirigido, auto-avaliação, qualidade total, gestão da aprendizagem, construção, produção de saberes e convivência, aprendizagem em cooperação, educação global (Tavares e Alarcão, 2001).

Tavares e Alarcão (2001) acentuam que os processos de ensino e de aprendizagem de formação deverão alicerçar-se numa atitude investigativa e conduzir à investigação numa perspectiva contínua e em espiral optimizadora. Neste contexto emerge um novo paradigma, em que existe uma maior acentuação das valências de natureza relacional e interpessoal, contribuindo para a transformação das sociedades modernas e contemporâneas em sociedades pós-modernas que hoje começam a apontar para uma nova ordem social.

Neste paradigma emergente intensifica-se o questionamento das verdades científicas e a sua constante actualização. O conhecimento é produzido na multi e transdisciplinaridade.

Tavares e Alarcão (2001:103) referem que *“nesta sociedade emergente, começa a ser cada vez mais urgente formar e preparar as pessoas para o incerto, para a mutação e para situações únicas e até chocantes que lhes exijam um maior esforço para a paz e o desenvolvimento de maiores capacidades de resiliência”*. Os autores afirmam que as dinâmicas e as relações intra e interpessoais na sociedade emergente deverão alicerçar-se não só em conhecimentos de uma inteligência esclarecida e reflectida, mas também numa inteligência emocional.

*“Esta atitude possibilitará a abertura e o desenvolvimento de capacidades essenciais para compreender situações e resolver problemas a partir de reconfigurações de saberes adquiridos que criam novos saberes e novas formas de comunicar. Além disso, implica novas formas de trabalhar em equipe, de assumir riscos, de ser pró-activo, de utilizar as novas ferramentas tecnológicas, de identificar necessidades próprias de formação e possibilidades de complemento de formação”* (Tavares e Alarcão, 2001:103).

Assim, pressupõe um perfil de formação inacabado, um conceito de formação permanente, contínua, especializada, em acção.

O desenvolvimento das capacidades faz-se em torno do projecto de vida que, por sua vez, leva a um projecto de acção – eu quero fazer – o projecto profissional, social,

passando ainda por um projecto de aprendizagem – eu quero saber (Berbaum, 1989) – ou seja, o aluno, para desenvolver as suas capacidades, tem que inicialmente projectar o que pretende para a sua vida, posteriormente constrói um projecto onde estabelece prioridades de acção (o que quer fazer) onde estão incluídas as suas metas profissionais e sociais, necessitando, para atingir os seus objectivos, de projectar as suas aprendizagens (o que quer saber).

É no sentido de alcançar o projecto de vida que, como refere o plano de estudos referido por Fernandes (1998:37), *“a educação é um processo contínuo, activo e progressivo através do qual o comportamento do indivíduo é modificado pela aquisição e assimilação de conhecimentos, habilidades e atitudes”*.

Também Berbaum (1989) considera que a aprendizagem pressupõe o desenvolvimento de atitudes, perante o próprio, os outros e a mudança. Aprender é amar, querer aprender, saber aprender é procurar o prazer da realização, eu quero tornar-me...; implica uma atitude activa.

O aluno é visto como um ser único que possui uma variedade de experiências que o ajudarão na construção da sua própria identidade quer como estudante de enfermagem, quer como profissional.

Quando se alude ao aluno como portador duma experiência, recorda-se Dominicé (1990) que afirma que a nossa experiência está no coração da nossa realidade. A experiência faz parte da história de vida de cada um e o mesmo autor menciona que ela constitui uma fonte de conhecimentos. A experiência é formativa na medida em que eu avalio o que já sei e não tenho necessidade de aprendê-lo.

Interessante será referir também que é preconizada uma avaliação contínua e elaboração de objectivos específicos por cada escola para responder às necessidades de aprendizagem dos alunos, o que vem de encontro à perspectiva de Dominicé (1989).

Resumindo, e como referem Tavares e Alarcão (2001), os percursos de formação e aprendizagem necessitam de uma articulação harmoniosa e progressiva, numa dinâmica das aquisições e da construção de conhecimentos.

*“As aprendizagens na sociedade emergente terão de desenvolver-se de uma forma mais activa, responsável e experienciada ou experiencial, as quais façam apelo a atitudes mais autónomas, dialogantes e colaborativas numa dinâmica de investigação, de descoberta e de construção de saberes alicerçada em projectos de reflexão e pesquisa,*



*baseada numa ideia de cultura transversal que venha ao encontro da intersecção dos saberes, dos conhecimentos, da acção e da vida. É preciso valorizar a criação de ambientes estimulantes para a aprendizagem e incentivar o desenvolvimento da criatividade, da inovação e da sua divulgação. Deverá destacar-se a explicitação de uma dinâmica espiralada ou biimplicativa entre flexibilidade e autonomia que deverá animar a acção educativa” (Tavares e Alarcão, 2001: 104).*

O curso de Enfermagem deve proporcionar uma preparação científica e técnica adequada para a prestação de cuidados de enfermagem gerais dos três níveis de prevenção, dirigidos ao indivíduo, família e comunidade, com a capacidade para participar:

- na gestão dos cuidados de enfermagem;
- no ensino relacionado com a respectiva área de trabalho;
- em estudos de investigação em enfermagem (D.R.H.S., 1989).

Na sequência do desenvolvimento dos diversos tipos de ensino e devido às diversas reformas educativas, tanto no nosso País como a nível Internacional, o ensino de Enfermagem evoluiu, fruto de todo um trabalho e esforço desenvolvido tanto pelos responsáveis das Escolas, como pelos docentes no sentido de manter uma formação e actualização permanentes, elevando assim o nível do ensino (Coelho, 2000, p.45).

Apesar da recomendação de Abril de 1966, apresentada pelo Comité de Peritos dos Cuidados de Enfermagem da O.M.S., para incorporar o ensino de Enfermagem na estrutura do Ensino Superior dos diversos países (Allen, 1977 citado em Coelho, 2000), esta só se veio a concretizar em Portugal, pelo Dec. Lei nº480/88, de 23 de Dezembro, que integrou o ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional a nível do ensino Superior Politécnico e com a passagem das Escolas de Enfermagem a Escolas Superiores de Enfermagem (Portaria nº 821/89, 15 de Setembro) conferindo a estas, competência para organizar e ministrar o Curso Superior de Enfermagem.

Na sequência do Decreto de 1988, surge a Portaria nº 195/90 de 17 de Março, que regulamenta o Curso Superior de Enfermagem. Desta saliento o nº 1 do artigo 3º, que refere a duração do curso (três anos) e o facto da carga horária total se dever situar

entre 3300 e 3600 horas. Especifica ainda a estrutura curricular, o ensino teórico, o ensino clínico, sendo também de realçar o facto do plano de estudos do curso a ministrar em cada escola ter de ser aprovado por portaria conjunta dos Ministros da Educação e da Saúde, sob proposta da escola, devendo constar, obrigatoriamente, todas as unidades curriculares que o integram.

Os Planos de Estudos, apesar de obedecerem a regras básicas idênticas, que se prendem com a duração do curso, o total de horas e áreas disciplinares obrigatórias, divergem de Escola para Escola, tanto em termos de organização do curso, como dos conteúdos a ministrar. Assim, diverge também a formação dada aos alunos e a formação de base de cada profissional.

As concepções educacionais e pedagógicas são agora obra da livre iniciativa de cada escola, fazendo parte do seu projecto educativo. Começam a limitar-se os obstáculos à inovação educativa. Gestores, professores enfermeiros e alunos são agora mais autónomos, mas também mais responsáveis.

O ensino prático é efectuado sob a forma de estágios e orientado por pessoal de enfermagem qualificado, em estabelecimentos de saúde.

O curso de enfermagem é essencialmente prático, razão porque esta formação será tanto mais eficaz quanto mais a aprendizagem se faça em meio profissional (O.M.S., 1987). É preciso formar os estudantes num ambiente análogo àquele em que serão chamados a trabalhar. A formação não deve limitar-se a um registo passivo de indicações dadas na sala de aulas. Estes princípios pedagógicos devem nortear a política de formação da instituição.

A aprendizagem em meio profissional é um meio de fazer participar os estudantes e, de forma mais geral, os estabelecimentos de ensino no desenvolvimento nacional e de aliar a teoria à prática, já que permite uma confrontação permanente dos estudantes com os problemas, permitindo aclará-los e descobrir as suas soluções, ou seja, contribuir para o seu próprio desenvolvimento.

## **CAPÍTULO III - ENSINO CLÍNICO E SUPERVISÃO**

### **1 – FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO**

Formar tem sido, muitas vezes, associado a moldar, estruturar e mesmo ensinar. Abrangendo todas as situações, *"a formação é considerada a pedra de toque, a questão base, o processo fundamental capaz de operar as transformações que se pretendem introduzir nos sistemas e nos lugares institucionais onde decorre a acção dos indivíduos, visando optimizar os seus fins."* (Amiguinho, 1992:23). A "formação" pode ser considerada como acção de formar no sentido da transmissão de conhecimentos por forma a preparar o indivíduo para determinada profissão e/ou considerada como formar-se no sentido de que o próprio indivíduo ao longo da sua vida, está em permanente interacção com o meio envolvente, constituindo o seu próprio processo de formação, *"um processo apropriativo e reflexivo por parte dos sujeitos que se formam"* (Amiguinho, 1992:82). Numa perspectiva diferente, que se enquadra no modelo behaviorista, *"fala-se de formação quando há lugar a uma intervenção que visa contribuir para a emergência de uma resposta comportamental nova. Por formação entender-se-á toda a espécie de procedimento tendente a inflectir um tipo de reacção. O ensino não é mais do que um exemplo dessa formação."* (Berbaum, 1993 citado em Coelho, 2000). Numa perspectiva construtivista, a formação é vista *"como construção de conhecimento e produção de saberes"* (Tavares, 1997:67). Em qualquer situação, o processo de formação é sempre pessoal e único.

A ligação da formação profissional aos contextos de trabalho é evidenciada na legislação portuguesa. A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º46/86, no seu artigo 19, considera que a formação profissional complementa a preparação para a vida activa e visa uma integração dinâmica no mundo do trabalho pela aquisição de conhecimentos e competências profissionais, indispensáveis às necessidades nacionais de desenvolvimento e à evolução tecnológica. Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 401/91, de 16 de Outubro, no seu preâmbulo, diz que *"regula as actividades de formação profissional inserida quer no sistema educativo quer no mercado de emprego"*. No seu artigo 2º, a formação profissional é definida como *"o processo global e permanente através do qual jovens e adultos, a inserir ou inseridos na vida activa, se preparam para o exercício de uma actividade profissional."* Esta preparação consiste *"na aquisição e no*

*desenvolvimento de competências e atitudes, cuja síntese e integração possibilitam a adopção de comportamentos adequados ao desempenho profissional"* (Artigo 2º).

Novos modos de conceber e praticar a formação relevam o potencial formativo das situações de trabalho. Destacam a pluralidade de situações educativas que o ambiente de trabalho proporciona, sugerindo uma unidade de tempo e de lugar entre a formação e o exercício do trabalho. Reforçam que este tipo de formação se alicerça nas experiências e nas vivências dos indivíduos e colectivos que uma estratégia formativa pode transformar em aprendizagem. Trata-se de conjugar aprendizagem por via material e aprendizagem por via simbólica, formalizando o informal, ou de promover um ciclo (recursivo) de construção de novos saberes a partir dos saberes em utilização (Malglaive, 1990, citado em Amiguiño *et al*, 1997).

A *formação experiencial*, expressão frequentemente utilizada, é muito mais do que um simples acumular de experiências. Conforme considera Courtois (1992), para quem experiência é a interacção de uma pessoa ou colectivo com a situação de trabalho, nem toda a experiência permite directamente uma aprendizagem. A transformação que a experiência quase sempre promove nos indivíduos pode bem ser o resultado de uma “repetição” ou “impregnação” (Pain, 1990 citado em Amiguiño *et al*, 1997) e significar muito pouco no plano da sua formação. Para que tal aconteça, é necessário que exista intencionalidade da parte dos actores na sua situação de trabalho. Ou seja, para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interacção com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos.

Para Pain (1990, citado em Amiguiño *et al*, 1997), as situações de trabalho comportam uma multiplicidade de efeitos educativos, ou seja, mudanças duráveis no comportamento dos indivíduos e dos grupos. São fruto da capitalização das experiências individuais e colectivas e da aquisição de conhecimentos na acção, produzindo-se de modo não necessariamente consciente. Correspondem a uma formação difusa, residual, ou latente, mesmo quando a situação não tem fins explicitamente educativos. São consideradas por Pain como co-produtos da actividade principal e constituem aquilo que se designa por educação informal.

Cada indivíduo tem uma organização e uma unidade que faz com que se desenvolva e actue como um sistema único, em que eventuais dimensões nunca podem ser consideradas senão como interdependentes das outras.

Segundo Simões e Simões (1997), a elaboração de qualquer modelo deve ser encarada numa perspectiva construtivista-sistémica, ou seja, deve incidir em relações

interactivas complexas definidas no quadro de um nível de análise holístico que, por outro lado, deve ser consubstanciado de modo a ser traduzido numa abordagem genética da competência.

A evolução profissional no decurso do ciclo de vida depende de aspectos contextuais de natureza social e institucional, sendo, todavia, indissociável da estrutura pessoal e dos factores que, directa ou indirectamente, interpenetram a rede de relações interpessoais e as transições ecológicas que pontuam esse desenvolvimento. É este enquadramento que permite construir as perspectivas sobre a profissão e edificar a própria identidade profissional, sem esquecer que as carreiras, apesar de socialmente construídas – o que surge como uma poderosa condicionante –, são individualmente vivenciadas, sendo necessário não só acumular experiências adequadas, mas sobretudo, reinterpretar a experiência acumulada (Ball e Goodson, 1985, citado em Simões e Simões, 1997).

Neste sentido, assume particular importância a identificação de novos papéis profissionais que impliquem a gestão de situações de carácter multifacetado, em contextos interactivos e relativos a realidades em constante mutação, permitindo pôr em causa uma certa concepção da formação centrada basicamente na aquisição de *competências* considerados necessários para um desempenho eficaz. Consequentemente, há que conceber o processo formativo como uma situação privilegiada para a implementação de estratégias que proporcionem aos indivíduos meios para a aquisição das indispensáveis perspectivas pessoais, quer em relação à profissão quer em relação à sociedade, e também como algo que integre, enquanto ponto de partida, o estudo das representações/percepções que os profissionais devem ter de si próprios e do seu percurso profissional (Simões e Simões, 1997).

Simões e Simões (1997:52) referem que a dimensão pessoal é, assim, um aspecto determinante para um adequado desempenho profissional,

*“o qual deve constituir um processo de descoberta e de transformação interna no sentido de tornar possível ao sujeito utilizar-se a si próprio como um instrumento de mediação, que lhe permita agir de maneira específica em função das experiências que extrai das situações vividas. Assim, o profissional, enquanto pessoa, evolui como um sistema em interacção com outros sistemas que o modificam e sobre os quais vai exercer reciprocamente a sua influência; não é, todavia, um processo passivo de informação exterior, uma vez que as suas percepções de si*

*próprio, dos outros e das coisas determinam o significado que atribui às experiências. Efectivamente, são estas representações, o seu estilo de vida, as suas crenças, valores e atitudes, os aspectos mais importantes para agir eficazmente nos contextos organizacionais”.*

Neste sentido, o desenvolvimento pessoal e profissional, não se processando automaticamente, deve ser passível de activação mediante a participação do indivíduo em actividades e experiências inovadoras e, também, através da possibilidade de actualização e de abertura à mudança, quer na concepção das questões ligadas à formação quer à sociedade em geral.

Segundo Tavares (citado em Sá-Chaves, 1997), não há dúvida que a formação é uma grande construção, em que o conhecimento é imprescindível. Não é possível pensar em qualquer tipo de formação, sem passar pela aquisição e produção de conhecimento, quer o seu enfoque seja colocado ao nível cognitivo ou metacognitivo, atravessa todo e qualquer plano e processo de formação.

Tavares (citado em Sá-Chaves, 1997:63), ao referir-se aos estudos de investigação e reflexão de Lee Shulman, diz que:

*“é tempo que os especialistas das ciências da especialidade e das ciências da educação acabem com essa mania, sem sentido, de que, para afirmar os seus próprios territórios ou domínios, é necessário denegrir e até desfazer os respectivos “adversários”. Trata-se de áreas complementares que só ganham se forem a par e de uma maneira articulada e colaborativa na formação de qualquer profissional. É o pedagogical content knowledge, a articulação do conhecimento científico sobre os diferentes campos da realidade fenomenal e do conhecimento igualmente científico sobre os processos de transformação e comunicação desses conhecimentos, tendo em conta os seus contextos que, em Shulman, vêm ocupar o lugar central do questionamento, do estudo, da investigação e da reflexão”.*

A formação em enfermagem, hoje, traduz-se num grande desafio não só para os enfermeiros professores, mas também para os enfermeiros dos serviços de saúde e alunos de enfermagem. Se atendermos às mudanças que recentemente se têm operado, em termos de aumento de complexidade dos problemas de saúde dos cidadãos, do maior número e sofisticação das tecnologias quer de diagnóstico quer de reparação dos problemas e do crescimento exponencial de construção e acessibilidade dos

conhecimentos na área da saúde, constata-se as grandes dificuldades com que nos deparamos no ensino e na prestação de cuidados de Enfermagem. De facto estes são aspectos que, associados a outros de carácter mais logístico (falta de enfermeiros, estruturas de saúde insuficientes/deficientes), constituem fortes pressões que condicionam, ou podem condicionar, as práticas de todos os actores presentes na formação dos alunos de enfermagem, ou seja, da formação em Enfermagem.

A formação em enfermagem deverá facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar aos alunos a oportunidade de desenvolver o conhecimento e as capacidades requeridas para uma prática competente. A competência envolve não só a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de acções na prática, com utilização adequada das tecnologias, quer de manutenção da saúde quer de reparação dos problemas dos cidadãos, e estas envolvidas numa forte componente relacional de valorização da pessoa como centro de todos os cuidados.

Esperamos que a enfermagem seja capaz de responder a este desafio com flexibilidade, inovação e atitude proactiva, no sentido de prover as oportunidades mais adequadas para uma aprendizagem eficaz por parte dos alunos.

Num contexto de crise de valores, de mudanças aceleradas na sociedade em geral e no mundo da saúde em particular, a formação em Enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica, dando aos estudantes capacidades de resolver os problemas da vida actual e seus desafios.

A formação, no seu contexto actual, não é um momento isolado na vida das pessoas; situa-se face ao seu passado e ao seu presente, tendo em atenção o seu futuro e o seu projecto pessoal, que lhe confere um sentido. Constata-se que há que ser inovador e saber adaptar-se à realidade vivida de modo a promover uma formação para o desenvolvimento do estudante. A ênfase tem de ser posta na aquisição e desenvolvimento de novas competências, no desenvolvimento global da pessoa, para além da aquisição de determinados saberes específicos (Carvalho, 2003).

Como afirma Sousa (1989:93-94):

*“A formação deve preparar enfermeiros que sejam profissionais altamente competentes, capazes de orientar o futuro dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo sempre mais o seu saber, que se preocupem antes de mais, com as necessidades de saúde da população*

*e sejam inovadores, criativos, que saibam correr riscos indispensáveis a uma mudança inevitável.”*

A formação em Enfermagem, hoje, deverá proporcionar aos estudantes conteúdos e métodos que lhes permitam adquirir novas atitudes e comportamentos no trabalho e constituírem saberes próprios.

O reconhecimento da profissão de Enfermagem exige que se criem condições necessárias para uma formação de qualidade, que permita aos enfermeiros exercerem a sua actividade com autonomia e responsabilidade.

A Enfermagem é uma profissão em construção, e a função da formação inicial deverá ser a de favorecer o desenvolvimento global do estudante, considerando as suas capacidades, necessidades, expectativas e aspirações para que se transforme num adulto activo e reflexivo na sociedade e no exercício da sua profissão, na produção de saberes e modelos profissionais necessários aquela construção.

O novo conceito de formação, considerando não apenas o desenvolvimento profissional do indivíduo, mas acentuando a dimensão do seu desenvolvimento pessoal, parece ser, no contexto actual da formação em Enfermagem, o ponto de vista mais adequado (Carvalho, 2003).

A base filosófica da Enfermagem está a mudar, pelo que é importante centrar a prática e a formação de enfermagem naquilo que a torna única na sua essência (Bévis, 1988, citado em Carvalho, 2003), ou seja, na visão holística da pessoa.

A finalidade da formação à luz do actual contexto diz respeito ao desenvolvimento das pessoas e não apenas à aquisição de conhecimentos ou de técnicas. Os actuais cenários apontam para a valorização de saberes de outra natureza, relacionados, nomeadamente, com a autonomia, a adaptabilidade, o “*aprender a aprender*”.

A tónica tem de ser posta na aquisição e desenvolvimento de novas competências, no desenvolvimento global do estudante e não apenas na aquisição de saberes específicos.

Para tal, é necessário identificar estas competências, a sua génese, assim como, identificar os saberes necessários aos processos de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento das novas competências a nível da formação.



Para promover a apropriação de saberes no estudante, Martin (1991) considera indispensável explorar situações de cuidados, de trabalho e pedagógicas, de modo a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas faculdades mentais perante casos reais, levando a que passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstracta e conceptual.

Deste modo, esta autora considera que a construção do saber, em enfermagem, pelo estudante, é feito através da exploração de situações concretas, que lhe permita desenvolver-se e exercer as suas faculdades intelectuais. Ele aprende pela descoberta do ambiente, explorando-o e centrando a sua atenção na experiência contextual. Assim, a aprendizagem clínica permitirá desenvolver competências em situações semelhantes e diferentes, com condições afectivas e materiais para a tomada de decisões.

Nesta perspectiva, o ensino clínico já não é considerado como um espaço de aplicação de conhecimentos teóricos na prática. Ele é muito mais abrangente e globalizador do que isso: é um modo de aprender a partir da sua própria experiência, desenvolvendo todas as dimensões (técnica, cognitiva e relacional).

Entre a aquisição de saberes teóricos e a sua transferência para o contexto real de trabalho e, conseqüentemente, a promoção de saberes práticos, a Escola e os Serviços de Saúde devem favorecer ao estudante de Enfermagem e futuro enfermeiro, a aquisição do que genericamente se denomina saber, saber-fazer e saber ser e estar.

## **2 – SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO**

A construção da identidade dos cuidados que tem início na formação é um processo complexo e inacabado que se vai construindo por diferentes fases através de um processo de introjecção do ou dos modelos de referência.

Na construção da identidade assumem particular importância as relações interpessoais e a forma como o poder é vivido nelas. É nas relações com os outros, isto é, em alteridade, que os alunos, ao agirem enquanto enfermeiros, evidenciam a sua especificidade, o seu poder, a sua identidade. Nesta relação, o “outro” nunca é um parceiro vivido como “neutro” ou indiferente. A forma como é vivida a relação

interpessoal, como é aceite e respeitado o poder/saber de cada um, tem potencialmente possibilidade de influenciar na construção da identidade (Collière, 1989).

As relações que os alunos mantêm, durante o processo de formação, com os diferentes grupos sociais com que têm que interagir, e a forma como é vivida, nestas relações, o poder/saber de cada um são, portanto, também importantes para a apropriação que fazem do real que é a enfermagem.

Orientar é um processo que pretende acompanhar os estudantes, esclarecendo-os e encaminhando-os na apropriação de saberes teórico/práticos, constituindo-se como um forte contributo para que os estudantes adquiram comportamentos que os vão preparar para, no futuro, serem profissionais competentes (Rauen, 1974, citado em Carvalhal, 2003).

Orientar clinicamente pressupõe que o saber esteja investido na acção e que os conhecimentos resultantes da acção sejam pontos de partida para novas aquisições, quer para elaborações a mobilizar, quer para repensar as já existentes. Permite, assim, integrar e desenvolver o saber-ser e o saber-estar com o saber do acto educativo e a descoberta da pessoa que se apresenta no processo como sujeito. A relação ser, saber e fazer é considerada essencial, sendo o estudante o sujeito activo da acção (Alarcão e Tavares, 1987).

A orientação deve, por isso, basear-se *“numa relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver nos estudantes a capacidade de tomar decisões apropriadas.”* (Alarcão e Tavares, 1987:85).

A orientação em ensino clínico, num modelo de formação profissionalizante a partir da prática, tal como preconiza Alarcão (1991),

*“deve orientar o estudante de modo a que este seja capaz de agir em contextos instáveis que exigem a reflexão e atenção dialogante com a própria realidade, numa perspectiva de ser capaz de reflectir na acção e não de agir rotineiramente, dando resposta a situações novas, caracterizando-se por um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo”.*

Carvalhal (2003) baseada em vários autores, aponta como estratégias de orientação para o desenvolvimento da prática e dos saberes na acção os seguintes:

- Demonstrações;
- Simulações de situações reais em sala de aula;
- Estudos de caso;
- Reuniões de estágio;
- Formulação de questões reflexivas;
- Debates e discussões.

Para orientar estudantes em ensino clínico, tendo por base uma formação reflexiva, é necessário permitir ocupar mais tempo para a reflexão, discussão e análise, do que se vai desenvolvendo ao longo da prática clínica.

A ausência de participação do estudante ao longo do processo de formação, nomeadamente em ensino clínico, reduz a sua iniciativa aos cuidados directos e imediatos aos utentes, marginalizando-os de todo o contexto global dos serviços.

Franco (2000:32) entende como orientação o *“processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação”*.

Para Alarcão e Tavares (1987:18), supervisão *“é o processo em que o professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor, no seu desenvolvimento humano e profissional”*.

Supervisão, para Fermin (1980 citado em Franco, 2000:33), é um trabalho *“de ajuda e assistência (...) destinando-se a atingir a melhoria dos resultados do processo ensino-aprendizagem, mediante um trabalho cooperativo”*. Na opinião de Blumberg (1980, ibidem) a supervisão é um processo de *“ajudar outras pessoas (...) uma partilha na investigação, na qual duas pessoas comparam as suas alternativas e nas quais o orientador é simplesmente uma pessoa que tem mais experiência na condução da investigação”*.

Vieira (1993) considera que a designação de supervisor é idêntica à de *“orientador pedagógico”*. Entende que a supervisão pode definir-se como a *“actuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de*

*reflexão e experimentação*” (Vieira, 1993: 11 e 28). Na opinião da autora este conceito substitui o conceito de “*supervisor à moda antiga*” ao qual se deve acrescentar uma postura reflexiva e uma formação especializada.

Em nossa opinião, os conceitos de supervisão apresentados pelos diversos autores não se excluem, mas são complementares, mantendo a tônica na relação de ajuda, tal como o conceito de orientação. Aproximamo-nos mais do conceito de Alarcão e Tavares (1987), pela sua referência ao desenvolvimento profissional mas também humano – componente fundamental para a supervisão. Contudo, julgamos ser importante a inclusão da reflexão e experimentação no conceito de supervisão, como refere Vieira (1993).

O conceito de supervisão clínica em Enfermagem, utilizado no âmbito da formação graduada, formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo *perceptorship*<sup>3</sup>, *mentorship*<sup>4</sup>, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade.

As diversas definições de Supervisão clínica em Enfermagem, apesar de se reportarem a universos conceptuais distintos, tiveram o benefício de contribuir, paulatinamente, para o estabelecimento de uma base conceptual (Abreu, 2002b).

*“Após Barber e Norman (1987) terem evidenciado as bases relacionais, de ajuda e de suporte, Kohner (1994) salientava que a Supervisão clínica seria uma estratégia eficaz para promover uma reflexão sistemática sobre as práticas, Wright e Giddens (1994), acentuam o carácter simultaneamente voluntário e contratual do processo. O UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing,*

---

<sup>3</sup> *Perceptorship* – Morrow (1984, citado em Abreu, 2003:56), “descreve o perceptor como um profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel.”

<sup>4</sup> *Mentorship* – “No contexto da formação clínica o mentor é o profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando” (Abreu, 2003:55).

Darling (1984, citado em Abreu, 2003:55), “descreve *mentorship* como uma relação de proximidade entre duas pessoas, sendo uma delas um profissional experiente e a outra o formando.”

*Midwifery and Health Visiting*), em 1996, para além de admitir todas estas dimensões e características, sublinhava as suas potencialidades para identificar problemas que surgissem no seio do percurso profissional.” (Abreu, 2002b:55).

Nesta acepção de Supervisão Clínica em Enfermagem, o processo inclui as capacidades assistenciais, o desenvolvimento de competências clínicas, o suporte e uma reflexão sistemática sobre os saberes. Estas dimensões têm alimentado o debate em torno da formação dos alunos em ensino clínico, designadamente dos sistemas de *perceptorship* e *mentorship*.

Para o Departamento de Saúde do Reino Unido (DoH, 1993, citado em Abreu, 2002b), trata-se de um processo formal de suporte e aprendizagem que proporciona aos alunos ou aos profissionais um desenvolvimento integrado de competências, a assunção de responsabilidade pela sua própria prática e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de reconhecida complexidade.

Analizando os estudos realizados no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem apercebemo-nos da multidimensionalidade do processo. Abreu (2002b), fundamentando-se em diversos estudos, refere que a Supervisão Clínica em Enfermagem surge relacionada com: o investimento na qualidade das práticas; segurança pessoal e da equipe, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal; identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional; quadros cognitivos, espírito crítico, análise das práticas e decisões informadas; níveis de ansiedade e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda.

Hoje, não podemos conceber a supervisão dos alunos em Ensino Clínico de Enfermagem apenas numa estreita relação de ajuda, se ela não incluir em si mesma a noção de contínuo, reflexão e retroalimentação numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional do aluno. Ao debruçarmo-nos sobre as razões apresentadas, mantemos os termos de orientação e supervisão como equivalentes, atendendo à opinião dos diversos autores e à utilização de ambos no Ensino Clínico.

## **CAPÍTULO IV - PAPEL DOS ENFERMEIROS COOPERANTES NA SUPERVISÃO DO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM**

Hoje, a enfermagem é uma profissão legalmente instituída, com funções próprias definidas e que nos habituámos a conceptualizar como uma arte e uma ciência a partir da herança de Florence Nightingale. A enfermagem preocupa-se com o que faz, como faz e para quem faz, ou seja cuidar dos doentes. Para isso, devem estar desenvolvidas lado a lado, as vertentes técnica, científica e relacional.

Ribeiro (1995) refere que, de Nightingale a Henderson, a busca de especificidade do conteúdo de enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnicos próprios e a outra com a exigência de competências relacionais. Penso ser na junção destas duas componentes que se projecta uma prática profissional com autonomia, para que o contributo social e económico dos cuidados de enfermagem seja relevante para a sociedade.

Esta postura reflexiva na profissão começa desde o início, porque os estudantes em formação vão para o terreno e lá, actuando progressivamente, graças ao trabalho de formação e de informação dos professores e profissionais, criam uma tomada de consciência de um saber próprio, de uma especificidade de enfermagem assente na construção do saber, partindo das próprias capacidades reflexivas dos elementos ligados à profissão, isto é, os estudantes, professores e profissionais.

Segundo D’Espiney (1997), a formação em enfermagem teve desde sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter essencialmente prático desta profissão. Intervindo no campo da saúde, sujeito a rápidas transformações, ao nível do saber e da técnica, confronta-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num contexto em permanente mudança.

A participação dos alunos num processo de mudança e a sua integração na equipa multidisciplinar, o assumir dos doentes na globalidade, projectando a continuidade dos cuidados, requerem o desenvolvimento de um conjunto de novas competências. Se, como refere Carré (s.d., citado em D’Espiney, 1997), a um novo paradigma do trabalho

corresponde um novo paradigma da formação, esta tem de ser pensada, também, no âmbito da unidade onde os enfermeiros exercem a sua actividade.

De facto, as preocupações com a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes e a melhoria da qualidade da formação em enfermagem, se remete para um investimento na formação dos profissionais, não dispensa mudanças ao nível da estrutura organizativa das escolas e dos serviços de saúde.

Se a formação inicial for, como propõe Perrenoud (1993:149), entendida “*como o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira*”, esta tem de ser reequacionada de modo a responder aos novos desafios com que se confronta. A produção de saber em Enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate. Reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início. O desenvolvimento de estratégias ou de “*competências de alto nível taxonómico*”, como refere Perrenoud (1993:148), que permitam aos futuros profissionais trabalhar em contextos em mudança e responder à diversidade de problemas de complexidade crescente com que se deparam, confronta-nos com a pertinência de promover a reflexão na aprendizagem.

No ensino clínico, o estudante de enfermagem faz uma parte significativa da sua socialização profissional e aprende a tomar decisões coerentes com a prestação de cuidados, de acordo com concepções, valores e conhecimentos que vai adquirindo em contacto com a realidade profissional.

Se, hoje, o ensino clínico é considerado o cerne da formação em Enfermagem, o supervisor da aprendizagem clínica tem de ser, por isso, uma entidade de reconhecida importância.

O papel de supervisor poderá ser conceptualizado como um conjunto de actividades que são solicitadas a um indivíduo que tem um determinado conjunto de funções. Este visa acompanhar um indivíduo ou grupo, no sentido de motivar e incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para uma meta previamente determinada (Carvalho, 2003).

O supervisor poderá apresentar-se para o estudante como o modelo, que tem um papel crucial na construção da sua identidade e do seu saber profissional. Para isso, é imprescindível que tenha conhecimentos pedagógicos e, como pessoa de referência, deve ser reconhecido e valorizado no papel que desempenha (Martin, 1991).

Ao supervisor cabe a tarefa de garantir uma aprendizagem adequada à gestão do saber, por parte do supervisando, de modo a fortalecer o desenvolvimento do sujeito, consciente de si e da sua capacidade de intervir no processo.

Assim, supervisionar implica ter conhecimento dos elementos intervenientes no processo, compreender o estudante nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, nas tarefas que tem de realizar e no clima afectivo onde o acto se desenrola (Alarcão e Tavares, 1987). Pressupõe portanto, uma relação próxima estudante/supervisor de modo a dar segurança e responder ao pedido de ajuda do estudante num clima de confiança propício à aprendizagem (Carvalho, 2003).

O supervisor movimenta-se num jogo de forças decorrente da interacção estudante/escola/organizações de saúde/sociedade e da sua própria maneira de ser como pessoa.

O supervisor não desenvolve a sua actividade baseado no senso-comum; antes tem que se fundamentar em conhecimentos teóricos que guiem a sua prática, tendo em conta que não é apenas um cumpridor de objectivos, nem um transmissor de conteúdos, mas um perito didáctico, capaz de criar um clima propício à aprendizagem fundamentada no diálogo permanente com os estudantes, promovendo nestes a análise e a utilização de processos mentais que promovam a criação de paradigmas facilitadores da prática (Martin, 1991).

O supervisor clínico deve estar apto a assumir o papel de profissional, porque está ligado a uma instituição social e é membro de uma profissão reconhecida. Esta dimensão do seu papel define o âmbito da sua participação em actividades de desenvolvimento do ensino enquanto profissão e na melhoria do sistema educativo e profissional. O desempenho deste seu papel profissional tem implicações sociais de que o supervisor clínico deve estar consciente e no qual não pode deixar de estar envolvido (Ribeiro, 1993).

As relações existentes entre os profissionais de enfermagem dos locais de estágio e os da escola caracterizam-se sobretudo por alguma formalidade e distanciamento relativamente à realidade social que se vive nos serviços. A preparação das práticas clínicas é feita normalmente com base numa reunião entre os professores e os enfermeiros chefes dos serviços, onde é fornecido o conjunto das informações consideradas necessárias, nomeadamente os objectivos, a fase do curso, o tempo de duração e a forma organizativa prevista, e são solicitadas as condições logísticas necessárias. Os enfermeiros dos serviços mantêm-se geralmente à margem de todo o



processo de formação dos alunos, desconhecendo na globalidade as orientações do estágio.

A tradicional desvalorização conferida aos saberes oriundos da prática e a sobrevalorização de um saber feito de leituras conferem, muitas vezes erradamente, um estatuto de superioridade aos professores que desvaloriza os enfermeiros. A orientação das práticas clínicas é um problema de fundo em profissões que requerem, para que possam começar a ser exercidas, o domínio de um conjunto global de saberes que não dispensam os saberes oriundos da prática. A lógica de ruptura que dicotomiza as posições não contribui para a resolução dos problemas; pelo contrário, acentua as clivagens: ou a teoria ou a prática, numa perspectiva hierarquizada da formação, onde ou os “teóricos” dão a “teoria” e os “práticos”, sob orientação dos “teóricos”, a executam, ou os “teóricos” asseguram tudo à margem da realidade social das unidades, num espaço estreito, onde a norma, e não a realidade social, se torna o eixo em torno do qual se organiza o trabalho (D’Espiney, 1997).

Um outro aspecto que importa salientar na orientação das práticas clínicas prende-se com as reuniões de final de turno entre professores e alunos que teriam como objectivo promover a reflexão sobre a actividade realizada, no âmbito do chamado ensino clínico. Perrenoud (1993:190) reporta-se ao espírito da formação clínica como sendo o que permite trazer *“uma parte importante dos conhecimentos teóricos como resposta a situações vividas, esclarecimentos, grelhas de leituras da experiência”*. Ora esta não pode ser compreendida como uma leitura única das situações, acerca das quais se pode apenas dizer se são verdadeiras ou falsas, se estão certas ou erradas. A abordagem clínica deveria permitir debates sobre os problemas, comportar diversas leituras sobre a realidade, numa “mentalidade aberta”, tal como a define Dewey:

*“como a ausência de preconceitos, de parcialidades e de qualquer hábito que limite a mente e a impeça de considerar novos problemas e de assumir ideias e que integra um desejo activo de escutar mais do que um lado, de acolher os factos independentemente da fonte, de prestar atenção sem melindres a todas as alternativas, de reconhecer a possibilidade do erro mesmo relativamente àquilo em que acreditamos.”*  
(citado em Garcia, 1992:62)

O trabalho em ambiente hospitalar assume um carácter extremamente pesado, porque lida com a vida e a morte, gerando grandes tensões, quer nos alunos, quer nos professores. Uma falha pode constituir um erro grave e um engano numa medicação

pode ser fatal. Este facto torna as práticas clínicas em momentos particularmente difíceis para todos e favorece nos orientadores o desenvolvimento de uma atitude de “controlo” face aos alunos que, aliás, verbalizam: *“os professores esperam que nós cheguemos a estágio e sejamos capazes de fazer tudo bem”*, ou *“estou sempre de pé atrás quando o professor está ao pé de mim”*, *“não podemos dizer o que pensamos, é preciso ter cuidado...”*, *“o professor devia lá estar para ajudar não para vigiar”*. Esta atitude dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança, dando espaço, por um lado, à dependência face ao orientador e, por outro, torna o medo de errar num importante constrangimento. Muitas das reuniões com os alunos são dedicadas a corrigir os erros praticados ao longo da manhã, mais do que a discutir situações ou reflectir sobre problemas. Esta centração no erro impede a discussão livre e aberta de problemas. Os saberes processuais que regulam a eficácia da acção acabam por constituir o eixo do debate. Os procedimentos que asseguram a eficácia da intervenção transformam-se na norma a seguir.

Com cerca de 50% do tempo de formação passado em contexto de trabalho, na sua quase totalidade sob responsabilidade da escola e sob orientação directa e presencial (na maioria dos casos) dos professores, é sobretudo no sentido de uma socialização passiva do formando que esta é orientada. A ausência de participação do formando ao longo de todo o processo de formação, quer ao nível do planeamento, organização, ou mesmo das actividades, reduz a sua iniciativa aos cuidados directos e imediatos ao doente, marginalizando-o de todo o contexto mais global dos serviços. Com parte da sua actividade prescrita pelo médico e outra controlada directamente pelo professor, num contexto social em que a organização tayloriana do trabalho do enfermeiro ainda predomina, o aluno tem pouco espaço para desenvolver a autonomia e a iniciativa. Se o contexto de trabalho constitui, na formação inicial em enfermagem, um eixo central da formação, ele não é por si só suficiente. É preciso, como diz Courtois:

*“distinguir o caso em que a situação de trabalho modifica os trabalhadores pela repetição e impregnação, do caso em que o indivíduo e o grupo se envolvem num processo de aprendizagem a partir de situações de trabalho. É este último caso que constitui uma formação pela experiência, onde o jogo das intencionalidades dos actores é um ponto importante a considerar. Não é suficiente que a situação possua um potencial formativo. É preciso que a interacção das pessoas com essa situação faça sentido para elas.”* (citado em Cabrito, 1994:31)

As práticas clínicas têm de ser completamente repensadas e a proposta de Zeichner (1993) para a formação inicial de professores, que preconiza que esta se processe no quadro de uma estrutura dinâmica, em que os profissionais e formadores (e enfermeiros neste caso) se assumam eles próprios como investigadores e em que a construção de saber se constitua como eixo central, parece-me ter todo o sentido também na formação de enfermeiros.

É na base de uma estrutura activa, em que investigação, formação e construção de saber estão perfeitamente articuladas que os futuros profissionais podem não só construir os diferentes tipos de conhecimento necessários ao início da profissão mas, sobretudo, desenvolver as competências próprias da aprendizagem reflexiva.

Dewey (citado em Zeichner, 1993), define três atitudes necessárias para a acção reflexiva:

A primeira, **a abertura de espírito**, refere-se ao desejo activo de se ouvir mais do que uma opinião, de se atender a possíveis alternativas e de se admitir a possibilidade de erro, mesmo naquilo em que se acredite com mais força. Os profissionais reflexivos perguntam-se constantemente por que estão a fazer o que fazem nos locais de trabalho.

A segunda atitude, de **responsabilidade**, implica a ponderação cuidadosa das consequências de uma determinada acção. Os profissionais questionam-se porque estão a fazer o que fazem, de um modo que ultrapassa as questões de utilidade imediata e os leva a pensarem de que maneira está a dar resultado e para quem. Segundo o mesmo autor (citado em Silva, 2000:45), a atitude de responsabilidade implica que cada um reflecta sobre, pelo menos, três tipos de consequências do seu exercício profissional:

- *Consequências pessoais* – os efeitos do seu exercício profissional no autoconceito do Outro;
- *Consequências académicas* – os efeitos do seu exercício profissional no desenvolvimento intelectual do Outro;
- *Consequências sociais* – os efeitos do seu exercício profissional na vida dos Outros.

Na formação e acção reflexiva dos Enfermeiros, penso que a segunda consequência também se aplica, embora prefira chamar-lhe consequências educativas,

como sendo os efeitos do seu exercício profissional no desenvolvimento educativo para a saúde do Outro.

A reflexão implica um exame destas questões e de outras e não apenas saber se se atingiram os objectivos e metas que cada um estabeleceu no início de cada interacção.

A terceira atitude necessária à reflexão é a **sinceridade** ou seja, a abertura de espírito e a responsabilidade devem ser as componentes centrais da vida do profissional reflexivo, que tem de ser responsável pela sua própria aprendizagem, mas só através da sinceridade cada profissional pode ser valorizado pelo Outro e experienciar um sentido de envolvimento e poder mais forte (*empowerment*) para mudar.

Canário (1994) propõe também que, ao nível da formação inicial, a prioridade deve assentar na aquisição de um conjunto de estratégias de aprendizagem de modo a que esta se constitua efectivamente como o primeiro momento de uma formação que se continua ao longo de toda a vida.

Nesta perspectiva, o ensino de cuidados de enfermagem, hoje, não pode constituir somente uma redacção de objectivos em termos comportamentais, a transmissão da informação, a prescrição das leituras a fazer e o controlo dos resultados (Poletti, 1983). Na minha opinião, este ensino deve constituir-se a partir de uma colaboração estreita entre escola e contexto de trabalho, com vista a criar um clima propício à aprendizagem, uma estrutura de acompanhamento permanente ao estudante, numa relação supervisiva estreita até à autonomia (relativa) do futuro profissional.

Como afirma Martin (1991:26), *“o prestador de cuidados é a pessoa de referência para a aprendizagem clínica. Este tem um papel fundamental na aprendizagem do estudante, na construção da sua identidade e do seu papel profissional”*.

Assim, podemos concluir que o supervisor clínico, na formação em enfermagem, é um enfermeiro que tem um papel pedagógico com uma forte componente relacional, como temos vindo a acentuar. À sua competência pedagógica é de esperar que alie o domínio dos saberes, habilidades e competências técnico-científicas da sua profissão. É essencial que o orientador clínico seja capaz de dominar e mobilizar a teoria e a prática no sentido de facilitar o raciocínio profissional que fundamente a acção concreta (Carvalho, 2003).

Na prática de Enfermagem, o papel de modelo tem sido reconhecido como importante para facilitar a socialização do estudante no papel de enfermeiro. Por isso,

uma das responsabilidades do supervisor clínico é a de facilitar comportamentos modelo ao estudante, actuando como um enfermeiro competente. Esta responsabilidade inclui a demonstração de competências e habilidades na prática dos cuidados de Enfermagem perante os estudantes através de exemplos na unidade hospitalar ou na comunidade.

A este propósito Carvalho (2003:52) afirma que:

*“O supervisor deve ser, acima de tudo, um enfermeiro com adequadas competências pedagógicas, capaz de compreender e fazer a transferência de um modelo, ou metamodelo de enfermeiro, para um modelo adequado e eficaz de ensino. É importante que a formação em Enfermagem tenha em atenção uma íntima relação entre a teoria/prática/teoria.”*

Por tudo o referido, é fundamental que o supervisor clínico tenha experiência profissional. Como poderá ajudar os estudantes a conhecer as realidades de Enfermagem e a desenvolver o processo de cuidar, se ele próprio nunca tiver exercido a profissão, na sua prática?

Henderson (1994:64) defende que os supervisores devem *“ser peritos na prática de enfermagem (...) capazes de analisar e avaliar as actividades em contextos de trabalho, experientes em orientação clínica e capazes de dar aos estudantes a ajuda necessária para adquirirem a competência profissional.”*

A formação em Enfermagem, e a supervisão em ensino clínico mais concretamente, só fazem sentido tendo por base uma relação de parceria, onde a *“horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências e não baseando-se na anulação das competências dos diversos actores destruindo, pela assimetria de relações, a possibilidade de uma cooperação”* (Nóvoa, 1992:30). Só no respeito pelos diferentes saberes, pela abertura à diversidade de concepções, se permite a todos participar sem constrangimentos nos debates, partilhar as suas experiências e colaborar na supervisão dos estudantes.

Há, efectivamente, um número vasto de saberes, nomeadamente, de saberes práticos, que escapam a muitos dos docentes afastados do exercício da profissão, como há também saberes teóricos, que escapam a muitos enfermeiros (D’Espiney, 1997). Assim, a cooperação entre enfermeiros dos serviços e docentes, na supervisão dos estudantes, nas práticas clínicas, para além de facilitar a aproximação entre os dois

grupos profissionais, permite também uma orientação mais rica e completa com cada um dos orientadores a pôr ao serviço da formação e dos estudantes os saberes que melhor dominam.

Os estudantes vêem a supervisão por parte dos enfermeiros dos serviços como mais real, mais de acordo com as necessidades dos utentes e dos serviços, mas reconhecem que há algo que falta, o relacionamento da prática com a teoria, a orientação no processo de enfermagem, na elaboração de notas e registos de enfermagem mais completos, o estímulo à reflexão, a encontrar respostas, etc., aspectos estes que são complementados com a orientação dos docentes (Carvalho, 2003).

O enfermeiro cooperante parece ser valorizado essencialmente como enfermeiro, com um papel igualmente importante de integração na equipa de saúde e no serviço, no desenvolvimento de competências de enfermagem, nomeadamente na área do saber-fazer e do saber-ser e na socialização profissional dos estudantes (Carvalho, 2003). Perante tal constatação, parece reforçada, mais do que a importância, a necessidade de participação activa dos enfermeiros dos serviços na supervisão dos estudantes de enfermagem, pelo que a colaboração já não é questionável; são questionáveis sim, as formas de colaboração que devem ser criteriosamente postas em prática, uma vez que implicam contribuições distintas mas complementares e com zonas de contacto das escolas e dos serviços, onde a comunicação, a relação de confiança e o respeito mútuo são essenciais (Kirkpatrick, 1991 citado em Carvalho, 2003).

Poletti (1983) refere que o papel do *supervisor* é o de “sustentar” o estudante, apoiando o seu ideal ético, o seu investimento intelectual e afectivo e o seu desejo de diálogo acerca dos cuidados que aprende a prestar e ainda, estar presente para estabelecer este diálogo. É necessário que desenvolvam estratégias que permitam aos estudantes construir as suas próprias estratégias para virem a ser profissionais competentes e eficazes.

É necessário questionarmo-nos sobre que estratégias escolher para favorecer a aprendizagem desejada e que tipo de transacções docente – aluno melhor permitirão esta aprendizagem.

Byrnes (1986, citado em Santos, 2000) realça que, assim como a teoria holística está ligada à singularidade e totalidade da pessoa, talvez este conceito possa ser aplicado, por semelhança, com a singularidade e totalidade de cada aluno em diferentes situações de aprendizagem.

Se a visão actual da enfermagem é a de uma profissão de interacção humana, de cuidar e promover contextos de desenvolvimento social, então a formação deve adequar-se a este interesse prático. Assim, exige o desenvolvimento de processos inerentes ao conhecimento construído e não apenas um conhecimento tecnológico. Este tipo de conhecimento é contextual, é construído pelo aluno à medida dos seus progressos, mas pode (e deve) integrar dimensões de rigor técnico. Integra aspectos objectivos e subjectivos, assim como “todos” os modos de saber e “todas” as formas de conhecimento. Permite ser aberto e criativo.

Este conhecimento é o objectivo de toda a formação, podendo constituir o elemento principal que permite cuidar mais eficazmente no futuro (Martin, 1991).

No ensino clínico de enfermagem participam enfermeiros e docentes, havendo ainda indefinição nos seus papéis, pela falta de uma abordagem que confronte as atribuições de uns e de outros, de forma complementar. A este facto não é alheia a falta de clarificação do papel do docente e do *enfermeiro cooperante* na legislação em vigor.

Espadinha e Reis (1997:32), a propósito da orientação de alunos no ensino clínico de enfermagem, referem que “*o papel do docente e do enfermeiro devem ser de colaboração e complementares*”, e considera a orientação sob dois pontos de vista: orientação sob o ponto de vista pedagógico (cabe ao docente este tipo de orientação e tem em vista os aspectos de ensino/aprendizagem do aluno, de acordo com as orientações gerais da escola) e orientação na prestação de cuidados directos aos utentes (cabe ao enfermeiro o acompanhamento do aluno na sua acção directa sobre o utente, de acordo com as orientações gerais do serviço).

Para Franco (2000), este tipo de “divisão” não deverá ser entendida como uma separação, mas como complementaridade, permitindo aos docentes e aos enfermeiros participarem activamente na supervisão dos alunos, contribuindo cada um com o melhor dos seus conhecimentos para uma aprendizagem integrada e integradora da teoria na prática.

Considerando que a supervisão dos alunos em ensino clínico de enfermagem não pode ser apenas uma função docente, mas também função de quem está na prática dos cuidados, Espadinha e Reis (1997:31) referem ser necessário “sensibilizar os enfermeiros, para a importância de aproximar, cada vez mais, estas duas vertentes → teoria – prática”, adiantando os mesmos autores, ser necessário encontrar enfermeiros interessados na orientação dos alunos em Ensino Clínico de Enfermagem.

Na opinião de Amador (1991), os enfermeiros do serviço gostam de ter alunos em Ensino Clínico e preocupam-se com a forma como executam os cuidados ao utente, bem como com a aprendizagem dos alunos. A importância do enfermeiro na formação dos futuros profissionais é também referida num estudo efectuado por Laufuente (citado em Amador, 1991), chegando o autor a considerar que o profissional desempenha um papel de “*modelo profissional*”.

Amendoeira (1996), num estudo exploratório, relacionado com o processo de cuidar dos estudantes em ensino clínico, verificou que a participação activa dos enfermeiros durante o ensino clínico é imprescindível e concluiu que há necessidade de uma colaboração mais efectiva, de modo a que o ensino clínico se realize de acordo com a aferição dos pontos de vista de ambas as organizações.

Quanto ao papel do docente e do enfermeiro no Ensino Clínico de Enfermagem, Miller (1985, citado em Amador, 1991) considera que os docentes descrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser, enquanto que os profissionais dos serviços a praticam como ela é.

Ao finalizar o presente enquadramento teórico, torna-se pertinente fazer uma síntese de forma a sistematizar as ideias principais relevantes para o estudo empírico que se segue.

As interacções estabelecidas no ensino clínico são fundamentais para o desenvolvimento de competências na dimensão interpessoal e profissional dos alunos. A presença do Supervisor no campo de ensino clínico e a avaliação de situações de aprendizagem contribuem para o desenvolvimento dessas competências.

No que se refere à dimensão humana, os enfermeiros cooperantes realçam a preocupação relativa às interacções com os diferentes intervenientes do estágio, salientando-se o aluno e o docente.

Evidenciam-se, igualmente, as dificuldades no relacionamento entre Escola – Serviços, fundamentalmente devido à falta de comunicação entre estas Instituições.

No que se refere aos aspectos relativos aos conhecimentos, ressalta de forma muito expressiva, as dificuldades relacionadas com a articulação teoria/prática, resultante da dissonância entre o que é aprendido na escola e a prática, da funcionalidade de



algumas técnicas e da adaptação da teoria à prática. Verifica-se, também, algum afastamento entre os enfermeiros cooperantes e os docentes de enfermagem e algum afastamento destes últimos da prática. Perante as dificuldades com que se defrontam neste processo, os enfermeiros cooperantes desenvolvem estratégias diversificadas como forma de as superar.

De seguida passaremos ao estudo empírico, que constitui a segunda parte deste trabalho.

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

---

---

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **1 - PARADIGMA INVESTIGATIVO**

Segundo Alarcão (2001a), os grandes fins da actividade científica são compreender, explicar e prever, arquitectando teorias e operacionalizando modelos. Refere ainda a mesma autora que a verdadeira essência de ser investigador se concentra no desejo de conhecer e, se possível, intervir para melhorar (Alarcão, 2001a:136).

Pretende-se trazer para a discussão os diversos paradigmas identificados por Denzin e Lincoln (1994, citados em Alarcão, 2001a) e Alarcão (2001a), para assim identificarmos em qual ou quais se enquadra o presente estudo, facilitando deste modo as opções metodológicas.

Guba e Lincoln (1994, idem:136) definiram paradigma

*“como um conjunto de convicções fundamentais (ou metafísicas) que se referem a princípios essenciais ou supremos. Representa uma visão do mundo que define, para aquele que a detêm, a natureza do “mundo”, o lugar que o indivíduo nele ocupa, e o âmbito das relações possíveis com esse mundo e as suas partes, como acontece, por exemplo, com as suas cosmologias e teologias”.*

Denzin e Lincoln (1994, idem:137) identificaram quatro grandes paradigmas de investigação em ciências sociais, na base de três questões centrais:

- *“a questão ontológica, ou seja, a perspectiva de cada paradigma sobre a essência e a natureza da realidade, que responderá à questão «O que é a realidade?» do ponto de vista do ser e do agir;*
- *a questão epistemológica, que reflecte a natureza das relações entre o investigador e o objecto investigado ou a relação fundacional sujeito-objecto;*

- *a questão metodológica, que se prende à forma como a investigação é feita, isto é, ao processo de colecta, tratamento de dados e discussão dos resultados.*”

Alarcão (2001a:137) levantou mais duas questões:

- *“a questão teleológica, ou seja a relação do investigador com o destino a dar ao conhecimento gerado ou as respostas às perguntas «a quê e a quem se destina?»;*
- *a questão dialógica, ou seja, as formas de comunicação do conhecimento na relação do investigador com os outros (indivíduos e sociedade), que implica a resposta à pergunta «como divulgar e difundir?»”.*

Com base nas três questões anteriormente enunciadas, Guba e Lincoln (citados em Alarcão, 2001a) identificam quatro paradigmas que passo a sintetizar:

⇒ Positivista:

- Possibilidade de conhecimento objectivo;
- Privilégio dado à manipulação de variáveis e à experimentação.

⇒ Pós-positivistas:

- Preocupação com a demonstração da falsificação das hipóteses.

⇒ Teoria Crítica:

- Aceitação da natureza contextual da realidade conhecida e da subjectividade do conhecimento, assumindo que as leis das ciências sociais são históricas e contextualizadas.

⇒ Construtivistas:

- Acentuação do papel do investigador e do processo de investigação na compreensão da realidade.

Com base nas questões de partida, complementadas pelas duas anteriormente referidas, Alarcão (2001a) identifica um paradigma emergente, o qual designou por

Experiencialismo Crítico e que, na opinião da autora, “já é visível ao nível da metanarrativa educacional” e acentua “a mediação do factor humano na investigação, a existência de redes de interacção entre partes e todo, entre forma, função e substância, consciente e inconsciente, material e imaterial, particular e universal.” (Alarcão, 2001a: 141).

Pensamos, e de acordo com o que refere Alarcão (2001a), que o presente estudo se enquadra no paradigma **Construtivista** e da **Teoria crítica** realizando algumas incursões no paradigma do **Experiencialismo crítico**, pois segundo a autora, numa síntese do pensamento de Denzin e Lincoln, o paradigma construtivista caracteriza-se pela relevância dada ao papel que o investigador tem no processo de investigação visando este a compreensão da realidade.

No estudo que realizámos pretendemos compreender a realidade da supervisão em ensino clínico elegendo para tal uma metodologia de trabalho que privilegia a interpretação dada pelos investigadores na análise da narração dos episódios significativos dos enfermeiros cooperantes. Podemos assim dizer que o nosso estudo se enquadra no paradigma construtivista.

Pretendemos, também, que os enfermeiros cooperantes reflectam no ensino clínico, ou seja, que compreendam e critiquem as relações existentes em ensino clínico e que analisem a sua acção supervisiva através da narração de episódios significativos. Embora seja um objectivo algo ambicioso, gostaríamos que esta reflexão provocasse transformações socioprofissionais relativamente à supervisão em ensino clínico. Pelas razões apontadas poderemos dizer que se enquadra no paradigma da Teoria crítica.

Relativamente ao Experiencialismo crítico pensamos que as “incursões” mais relevantes para este trabalho são quando a autora na sua definição se refere à importância da mediação do factor humano na investigação, à existência de redes de interacção entre as partes e o todo, consciente e inconsciente e a relação entre particular e universal. No presente estudo optámos por utilizar como estratégia metodológica para a colheita de informação a narração de episódios significativos, que abordaremos posteriormente. Assim enfatizámos o factor humano nas narrativas dos enfermeiros cooperantes, a experiência que tiveram e como a perceberam (consciente ou inconscientemente), e a relação entre o particular de cada enfermeiro e o menos particular de um grupo de enfermeiros, no contexto do ensino clínico de enfermagem.

O ensino clínico envolve três actores cada um desenvolvendo, no processo, papéis diferentes que interagem entre si: o aluno, o docente e o enfermeiro cooperante.

O docente no papel de supervisor, como um facilitador da aprendizagem, o enfermeiro cooperante, como facilitador da integração no serviço e actualmente, cada vez mais, como supervisor da própria aprendizagem dos alunos na prática. Finalmente, o aluno, sujeito activo, responsável pela sua formação que vai adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão.

Como o presente estudo se baseia na análise da supervisão neste contexto, obrigatoriamente teremos que nos debruçar sobre esta experiência, analisando e criticando a rede de interacções que é o ensino clínico.

## 2 - OBJECTO DE ESTUDO E METODOLOGIA

Neste capítulo dedicado ao enquadramento metodológico, procuramos explicitar os procedimentos adoptados, bem como as razões da sua escolha. Começamos por apresentar as reflexões que estiveram subjacentes à concepção do estudo e os objectivos delineados, para passarmos posteriormente a expor as opções metodológicas concebidas de acordo com o desenho traçado.

### **2.1 – Problemática e Objectivos: Questões orientadoras.**

Na linha de pensamento que vimos a desenvolver, a componente supervisiva assume particular importância, salientando Sá-Chaves (1997: 150) que:

*“se trata de uma prática acompanhada, interactiva, colaborativa e reflexiva que tem como objectivo contribuir para desenvolver no candidato a profissional, o quadro de valores, de atitudes, de conhecimento, bem como as capacidades e as competências que lhe permitam enfrentar com progressivo sucesso as condições únicas de cada acto educativo”.*

A supervisão é, neste sentido, entendida como um processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do formando e do supervisor, podendo de acordo com a natureza da interacção criada, ser facilitado ou inibido. Para

que este processo apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção é fundamental que as interacções se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afectiva e cognitivamente estimulante (Alarcão, 1991; Oliveira, 1996). Com efeito, o supervisor deve procurar estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências profissionais do formando, por forma a adequar a sua intervenção e comunicação. Ajudando-o a progredir e a aceder a um saber, a um saber fazer, a um saber ser e a um saber estar e conviver com os outros (Relatório da Unesco – *“Educação um tesouro a descobrir”*, citado em Sá-Chaves, 1997), necessários a uma intervenção contextualizada e que só é possível através de um saber pensar consciente, situado e partilhado.

A natureza do conhecimento profissional a (re)construir pelo professor/educador merece também uma especial atenção devendo este, em conformidade com Sá-Chaves (1997:110-111) ser *“um tipo de conhecimento aberto, dinâmico e flexível capaz de se tornar responsivo à especificidade de cada situação e momento”*. Acentua ainda a autora que este tipo de conhecimento pode configurar uma estrutura multidimensional, integradora das múltiplas dimensões que interligam entre si a informação proveniente da informação teórica e também a informação proveniente da realidade de cada situação.

A construção do conhecimento em Enfermagem tem que ser acompanhada de uma atitude de “suporte” com vista à autonomia progressiva. Interrogamo-nos sobre se esta é a realidade, e enunciamos uma série de questões que nos preocupam.

Porque será que, ainda hoje, o aluno não vê o supervisor como uma pessoa com mais experiência do que ele, que lhe pode estender uma mão segura no labirinto por onde se embrenha na luta constante da construção do conhecimento?

O exemplo da enfermagem é flagrante, quando o aluno, na busca do seu próprio “EU”, tenta controlar os seus sentimentos, as suas ânsias, as suas lágrimas, para não ser rotulado de um fraco, aquele que não é bom profissional, aquele que se deixa envolver e embrenhar pelo sentimento dos outros.

Como é que isto é possível? Como é que os supervisores do ensino clínico ainda não ultrapassaram este obstáculo? Porque não compreendem os alunos, futuros enfermeiros? Porque não deixam os alunos serem mais autónomos? Não percebo.

O que percebo, é que devemos lutar para que os alunos sejam mais reflexivos, que chorem quando precisem, mas que saibam porque o fazem, e que cuidem com empenho, envolvendo todas as suas energias na luta constante pela vida que vivem os

“nossos” doentes, que aprendam a olhar bem fundo nos olhos vazios daqueles que sofrem, daqueles para quem a vida não é mais do que uma maré de sofrimento que vai e vem, mas que muitas vezes vem e não vai.

Partindo deste quadro de referência, emergem diversas preocupações por forma a orientar os passos a desenvolver ao longo do trabalho.

- Qual a importância que os *enfermeiros cooperantes* atribuem à Supervisão em ensino clínico?
- A Escola de enfermagem comunica com os serviços onde decorrem os ensinos clínicos fornecendo informações acerca dos objectivos a atingir?
- Sentem os *enfermeiros cooperantes* necessidade da relação institucional Escola-Hospital?
- Que relação interinstitucional existe?
- Quais os mecanismos de comunicação entre *enfermeiros cooperantes*, alunos e docentes?
- Sobre o que incide a comunicação entre *enfermeiros cooperantes*, alunos e docentes?
  - Objectivos?
  - Processos de Formação?
  - Processos de Avaliação?
  - Monitorização?
- Qual a importância atribuída, pelos *Enfermeiros Cooperantes*, à comunicação na relação supervisiva?
- Sentem os *Enfermeiros Cooperantes* necessidade da Supervisão dos alunos pelos docentes das Escolas?
- O que pensam os Enfermeiros Cooperantes do papel do Ensino Clínico?
- Como vêem a relação Teoria/Prática?
- Como se sentem preparados os *Enfermeiros Cooperantes* para exercerem as funções de Supervisor de Ensino Clínico?



Após a formulação destas preocupações surgiu o tema que pretendemos constituir como o nosso objecto de estudo: **Supervisão em Ensino Clínico dos futuros profissionais de Enfermagem – A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes.**

Com a concretização desta pesquisa pretendemos, a partir de relatos de situações concretas, experienciadas e reflectidas:

- Compreender os processos de supervisão em ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem, através das representações que os Enfermeiros Cooperantes têm destes;
- Caracterizar a supervisão em Ensino Clínico nos seus aspectos positivos e negativos a partir das perspectivas dos Enfermeiros Cooperantes;
- Sistematizar as características que devem ser mantidas e as que devem ser alteradas;
- Propor linhas orientadoras para a Supervisão em Ensino Clínico.

Consideramos fundamental conhecer as experiências e expectativas dos enfermeiros cooperantes, para que se possa compreender as necessidades sentidas por estes e definir estratégias que forneçam o suporte adequado nestas situações. Neste sentido, consideramos que se torna necessário reflectir acerca da prática da supervisão sob o ponto de vista do enfermeiro cooperante, já que esta é uma área pouco explorada no nosso país, como ficou demonstrado pela revisão da literatura que efectuamos.

## **2.2 – Estrutura Metodológica**

Ao pretendermos analisar as vivências e as representações dos *enfermeiros cooperantes* enquanto actores do processo de supervisão do futuro profissional de enfermagem, queríamos, desde logo, procurar compreender o fenómeno em estudo a partir da realidade que os sujeitos percebiam como importante. Pretendíamos, de acordo com Douglas, citado por Taylor e Bogdan (1996), analisar as forças que movem os seres

humanos, as suas ideias, sentimentos e motivos internos, isto é, o contexto que enquadra a Supervisão do aluno de Enfermagem.

Neste cenário, e tendo em conta as preocupações e objectivos formulados nesta investigação, impunha-se a opção por uma metodologia que privilegiasse a compreensão do fenómeno social em estudo, a partir da própria perspectiva do actor, isto é, que procurasse captar o fenómeno de uma maneira holística e no seu contexto social. Procurámos seleccionar um modelo de investigação que tivesse em consideração os significados atribuídos pelos indivíduos às suas vivências. Face a este propósito e de acordo com o desenvolvido por Lincon (1992), segundo o qual as vertentes sociais e culturais da vida são bem compreendidas em toda a sua complexidade, usando-se métodos qualitativos e filosofias construtivistas, considerámos que o estudo desenvolvido se enquadra numa indagação construtivista, fenomenológica.

Para Polit e Hungler (1995), a abordagem fenomenológica com raízes em Husserl é um método de pensamento sobre as experiências de vida das pessoas. A reflexão fenomenológica pretende, a partir de um juízo verdadeiro, regressar ao que é efectivamente vivido e em que a descrição corresponde à consciência efectivamente real.

O que caracteriza este tipo de pesquisa é que se centra sempre no mundo vivido. No entanto, segundo van Manen (1994), a pessoa não pode reflectir sobre a experiência vivida enquanto vive essa experiência, pelo que o autor considerou a reflexão fenomenológica como sendo de natureza retrospectiva, defendendo que ela é sistemática, pois procura descobrir e descrever as estruturas internas do significado da experiência vivida no dia-a-dia. O seu objectivo visa construir uma descrição animada, evocativa das acções humanas, dos comportamentos, intenções e experiências tais como os encontramos no mundo vivido.

Assim, visando a fenomenologia descrever e interpretar os significados da experiência vivida, situámo-nos nesta perspectiva para que pudéssemos conhecer e interpretar o significado da Supervisão do futuro profissional de enfermagem. Propomo-nos, assim, dirigir o nosso olhar sobre o fenómeno do *supervisionar* e, para que pudéssemos compreender o significado desta experiência humana, optámos por utilizar como estratégia metodológica para a colheita de informação: a narração de episódios significativos.

### 2.2.1 – Narração de Episódios Significativos

Considera-se um *episódio significativo* em Supervisão dos futuros profissionais de Enfermagem, um episódio que tenha sido marcante e no qual os actores intervenientes no processo supervisivo participaram, no âmbito do ensino clínico destes futuros profissionais; por marcante entende-se um episódio que tenha tido repercussões positivas ou menos positivas no desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo formativo.

Subjacente a este processo, está a Técnica dos Incidentes Críticos (TIC) que foi utilizada como norteadora do processo de colheita de dados. Mais especificamente, fundamentámo-nos numa variação desta técnica, sugerida pela orientadora desta tese de Mestrado. Inicialmente pensou-se que, pelos contributos que poderia proporcionar, o instrumento eleito consistiria na narração de incidentes críticos, mas acabou por optar-se pela designação de episódios significativos, para acentuar a dimensão reflexiva. Ao escolher a terminologia **episódio significativo** tentámos acentuar a vivência de uma situação episódica que fosse relevante para a pessoa, quer positiva quer negativamente. Temos consciência de que, como sugeriu Sá-Chaves (2002), um episódio significativo é muitas vezes um conjunto encadeado de incidentes.

Uma vez que a técnica dos incidentes críticos subjaz à construção do nosso instrumento de colheita de dados que, mais à frente, apresentaremos, pareceu-nos relevante fazer uma pesquisa sobre a utilização desta técnica. Apresentamos, em seguida, o resultado dessa pesquisa.

#### *Técnica dos Incidentes Críticos*

Apesar das numerosas variações nos procedimentos para a recolha e análise de incidentes críticos, Emmus (1999) refere que investigadores e práticos concordam acerca da definição da TIC:

*“A TIC pode ser definida como um conjunto de procedimentos para a identificação sistemática de comportamentos que contribuem para o sucesso ou fracasso dos indivíduos ou organizações em situações específicas”* (Emmus, 1999:1).

Para Nogueira *et al* (1993:110), a TIC é um método que visa formular as exigências para um eficaz desempenho no trabalho. Consiste em analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas para julgamento sobre a eficiência de determinado trabalho e, a partir da análise destes incidentes, extrair comportamentos eficientes ou não para o objectivo do trabalho. Portanto, é um método indirecto de análise do trabalho, que permite o registo de comportamentos específicos, favorecendo observações e avaliações de forma sistematizada.

A TIC teve a sua génese com Flanagan, um psicólogo e pedagogo americano que, num artigo publicado em 1954, apresenta uma definição de incidente crítico:

*“Por incidente entende-se toda a actividade humana observável, suficientemente completa, para que através dela se possam fazer induções ou previsões sobre o indivíduo que realiza a acção. Para ser crítico, um incidente deve dar-se numa situação tal que o fim ou intenção da acção apareçam suficientemente claros ao observador e que as consequências da acção sejam evidentes.”* (Flanagan, 1954, citado em Estrela e Estrela, 1994:15).

*“Os incidentes críticos representam somente a matéria prima e não fornecem, automaticamente, soluções para os problemas, entretanto é um procedimento que ajuda na coleta das amostras representativas de dados directamente relevantes para problemas importantes, tais como, estabelecimentos de padrões, determinação de exigências, ou avaliação de resultados, deve ter ampla aplicação.”* (Flanagan, 1973, citado em Valsecchi, 1999:10)

Foi proposta pela primeira vez em 1941, por ocasião da participação de Flanagan no Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos, na II Guerra Mundial, com a finalidade de desenvolver procedimentos para a selecção e classificação de tripulações, bem como de determinar as exigências críticas no desempenho de uma tarefa.

Para Flanagan (1973, citado em Nogueira *et al*, 1993:110),

*“esta técnica consiste num conjunto de procedimentos para a colheita de observações directas do comportamento humano, de modo a facilitar a sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também*

*procedimentos para recolha de incidentes observados, que apresentam significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos.”*

Para Cortazzi (1993, citado em Rodrigues, 1999:309), *“hoje, a técnica dos incidentes críticos baseia-se na narrativa curta de acontecimentos pontuais que, pela sua relação com a rotina quotidiana, apresentam características menos comuns (...) requerendo do relator um esforço descritivo objectivante notável”*.

Galera e Teixeira (1997:70) referem que:

*“a técnica consiste em solicitar de entrevistados relatos verbais ou escritos, a respeito de situações vivenciadas ou presenciadas (incidentes críticos) por eles, onde a acção da pessoa contribui positiva ou negativamente para o desempenho de uma função, papel ou actividade que se está investigando”*.

Para Nogueira et al (1993:110)

*“ a essência da técnica consiste em solicitar do observador, ou sujeitos envolvidos numa actividade, tipos simples de julgamentos ou relatos de situações e factos que são avaliados pelo pesquisador em função da concordância/ discordância destes julgamentos, ou relatos com o objectivo e natureza da actividade, ou situação, que se deseja estudar”*.

A TIC é um procedimento sistemático utilizado para obter informação sobre situações vividas ou observadas pelo respondente. É definida por Flanagan como um conjunto de procedimentos flexíveis utilizados para reunir certos factos importantes relacionados com o comportamento em situações definidas.

Galera, Galera e Teixeira (1997:13) referem que:

*“A ideia básica é obter relatos factuais sobre acontecimentos observados ou vivenciados e que representem situações extremas, de resultado positivo ou negativo, para a execução de uma tarefa. Para ser considerado crítico os relatos devem conter uma descrição da situação na qual o incidente ocorreu, uma descrição do comportamento do respondente ou de comportamentos observados por ele, e as consequências desse comportamento”*.

Carpenter (2000) diz-nos que a TIC é um método para avaliar sistemas num ambiente de trabalho em funcionamento. Baseia-se no pressuposto de que os incidentes críticos serão recordados, tornando a sua captura/registo possível através de entrevista, observação ou auto-relato. Salienta que o termo “crítico” implica um papel crucial no sistema comportamental e não está dependente do acontecimento ter sido uma emergência, um caso de vida ou morte, pois nas aplicações aos cuidados de saúde, este pode ser operativo.

A TIC assenta na recolha de observações directas do comportamento humano durante e após os incidentes críticos num período específico de tempo. Os incidentes recolhidos devem ser suficientemente importantes para terem tido um efeito (real ou potencial) no sistema ou nos objectivos organizacionais (Carpenter, 2000).

Segundo Dela Coleta (1974, citado em Galera e Teixeira, 1997) incidentes críticos são situações, particularmente relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados. Podem ser positivos ou negativos em função das suas consequências para com o objectivo da actividade que se investiga. Carpenter (2000), refere que, no entanto, os relatos negativos tendem a ser enfatizados.

Para Mingella e Benson (1994, citados em Galera e Teixeira, 1997:70) “*incidentes críticos são vinhetas, episódios breves que resumem uma situação ou encontro de interesse*”.

Para um incidente ser crítico, deve descrever uma situação que desencadeia uma acção e a consequência desta acção (Galera e Teixeira, 1997).

Norman *et al* (1992, citados em Galera, Galera e Teixeira, 1997:13) ao referirem-se à utilização da Técnica dos Incidentes Críticos em Enfermagem, salientam que:

*“Os incidentes críticos relatados nas pesquisas sobre qualidade da assistência de enfermagem nem sempre descrevem uma cena claramente demarcada. Muitos relatos resumem uma experiência geral dentro de um incidente. Embora tais relatos não estejam de acordo com a definição clássica, os autores defendem que estes devem ser considerados válidos, pois descrevem acontecimentos ou actividades que são claramente importantes para os entrevistados. A partir desta percepção, passaram a considerar que o que é realmente importante são os acontecimentos críticos revelados pelos incidentes e que são*

*considerados significativos em relação à assistência de enfermagem de qualidade. Por isso, os autores sugerem que é preferível utilizar o termo incidente revelador ao termo incidente crítico. Um incidente é revelador se, e somente se, ele contém acontecimentos críticos em virtude de serem significativos em relação ao objectivo geral da actividade sob investigação”.*

Estas conclusões a respeito do uso da TIC como método de estudo da assistência de enfermagem têm implicações para a colheita de informação e, principalmente, para a análise dos relatos. Tradicionalmente a unidade básica de análise dos relatos é o próprio incidente, mas, considerando que o incidente é um veículo para a expressão de significados, os autores supra referenciados propõem que a unidade de análise dos relatos deve ser os acontecimentos críticos revelados pelo incidente (Galera, Galera e Teixeira, 1997).

Polit e Hungler (1995, citados em Valsecchi, 1999:12), ao fazerem referência à técnica dos incidentes críticos, indicam-na como sendo útil e aplicável para a enfermagem, quando se quer estabelecer comportamentos relativos à prática. Para as autoras, a técnica possibilita obter informações sobre o comportamento, obtido através da análise dos incidentes.

Cox, Bergen e Norman (1993, citados em Galera, Galera e Teixeira, 1997:14) definem acontecimentos críticos como *“eventos observados ou vivenciados que foram significativos para o entrevistado com relação à assistência de enfermagem de boa qualidade. Um evento pode ter mais de um significado e vários eventos podem ter um mesmo significado”*.

Nogueira *et al* (1993:110) refere que, para evitar que as observações sejam feitas ao acaso, sem método e sem sistematização, muitas vezes dependentes apenas das inferências subjectivas do observador, há necessidade de um conjunto de procedimentos que, além de recolher as observações, permitem uma sistematização e análise das mesmas. Assim a recolha de incidentes críticos faz-se normalmente através de entrevistas orientadas por um questionário.

Flanagan (1973, citado em Galera e Teixeira, 1997) preconiza cinco etapas para a utilização da TIC:

- 1 - Estabelecer o objectivo geral da actividade;
- 2 - Estabelecer planos e especificações;
- 3 - Colheita de informações;
- 4 - Análise;
- 5 - Interpretação e registo dos resultados.

Dela Coleta (1972, citado em Nogueira *et al*, 1993) preconiza sete passos que devem ser seguidos aquando da utilização da TIC com a finalidade de análise do trabalho:

- a) Determinação dos objectivos da actividade que se deseja estudar;
- b) Elaboração das questões a serem apresentadas aos sujeitos que deverão fornecer os incidentes críticos da actividade em estudo;
- c) Delimitação da população ou amostra dos sujeitos a serem entrevistados;
- d) Recolha dos incidentes críticos;
- e) Análise do conteúdo dos incidentes recolhidos, procurando isolar os comportamentos críticos emitidos;
- f) Agrupamento dos comportamentos críticos em categorias mais abrangentes;
- g) Levantamento de frequências dos comportamentos positivos e/ou negativos que vão fornecer, posteriormente, uma série de indícios para identificação de soluções para situações problemáticas.

Emmus (1999) refere que a TIC é útil para obter dados pormenorizados acerca de um papel desempenhado isoladamente ou um conjunto de tarefas. Os passos básicos envolvidos são:

- 1 – Reunião de factos (incidentes) acerca do que aconteceu antes, durante e após o incidente;
- 2 – Análise de conteúdo do relato verbal;
- 3 – Inferências acerca de como melhorar o desempenho baseado no feedback.



Apesar destes pontos positivos, os autores reconhecem os limites da técnica que deixa de lado alguns aspectos da actividade, aqueles que não foram objecto de qualquer observação de incidentes críticos.

Segundo Rodrigues (1999:309), *“a técnica tem vindo a ser adoptada pela investigação interpretativa, deslizando para formas de observação «indirecta», explorando para além dos comportamentos, os significados que os actores lhe dão”*. A referida autora refere que Estrela (1986) substitui a expressão *“incidente crítico”* por *“incidente significativo”*, no sentido de marcar a diferença no processo de recolha dos incidentes, que neste caso é feita por quem está implicado na acção; também Cartwright e Cartwright (citados em Leite, 1998:77), preferem falar de *incidentes significativos*, que definem como *“registos de histórias (por vezes de carácter anedótico) que, de modo breve e conciso, relatam fenómenos que ocorreram”*.

*“A técnica suscita da parte do relator a selecção e a descrição de um acontecimento ou uma série de acontecimentos que, ocorridos num tempo relativamente próximo, assumiram particular importância para si, obrigando a um esforço de objectivação”* (pedindo-se-lhe informação precisa sobre o que aconteceu, quando aconteceu, em que contexto situacional aconteceu, com quem aconteceu, etc...) *“que se cre que é em si mesmo formativo.”* (Rodrigues, 1999:310).

Flanagan (1954, citado em Nogueira *et al*, 1993:110) apresenta alguns estudos em que a aplicação da técnica se mostrou satisfatória para a colheita de informações sobre as variáveis envolvidas no trabalho, bem como para a indicação objectiva das exigências críticas da função. Entre os temas mais pesquisados destacam-se: medidas de desempenho, motivação e liderança, medidas de eficácia, *treinamento*, aconselhamento e psicoterapia.

Flanagan é o introdutor da técnica no domínio da formação profissional. Autor de um dos primeiros grandes projectos de formação profissional do pessoal da Força Aérea, Flanagan (1954, citado em Estrela e Estrela, 1994: 40) sublinha que *“...o carácter evidentemente adequado dos comportamentos implicados nos incidentes críticos e os detalhes específicos contidos nesses relatos fazem deles uma base ideal para elaborar programas e materiais de formação”*.

Esta experiência revelou-se proveitosa, tendo sido utilizada posteriormente noutras áreas como por exemplo por Glickman e Vallance (citados em Estrela e Estrela,

1994: 41) para determinar as necessidades de reforma curricular de um curso de formação de oficiais da Marinha.

Além dos trabalhos desenvolvidos por Flanagan no Instituto Americano para Pesquisa (1947) e na Universidade de Pittsburg (1949), diversos pesquisadores têm desenvolvido estudos com o emprego da Técnica do Incidente Crítico.

Na área de enfermagem, Ramos (s.d., citado em Nogueira *et al*, 1993) procurou demonstrar a aplicabilidade do incidente crítico como instrumento de investigação na interacção auxiliar de enfermagem e tarefas. Esse estudo procurou obter subsídios para a elaboração de programas de formação em serviço para os auxiliares de enfermagem de um hospital geral de ensino.

Jacobs *et al* (1978, citado em Carpenter, 2000) refere que o método tem sido especificamente utilizado na avaliação do desempenho dos enfermeiros.

Nogueira (s.d., citado em Nogueira *et al*, 1993), na tentativa de buscar subsídios para o diagnóstico das passagens de turno que se realizam em unidades de internamento de um hospital-escola, utilizou a técnica dos incidentes críticos.

No estudo realizado por Galera, Galera e Teixeira (1997), sobre o uso da técnica do Incidente Crítico na investigação da assistência de Enfermagem ao doente mental internado, os incidentes foram recolhidos por meio de avaliação retrospectiva através de entrevista individual com enfermeiros, gravada em cassete áudio. O entrevistador utilizou a escuta empática e procurou validar com os próprios enfermeiros as suas percepções sobre os significados dos acontecimentos relatados.

Na elaboração das perguntas, estas foram denominadas de “positiva” e “negativa”. As questões positivas focam as situações em que a assistência de Enfermagem foi de boa qualidade, e as negativas as situações em que a assistência poderia ter sido melhor. As questões foram elaboradas de modo a permitir que o enfermeiro escolhesse o aspecto da assistência de Enfermagem sem interferência do entrevistador.

A situação e a actividade que se solicitou ao enfermeiro que fossem lembradas foram aquelas que pertencem à assistência de enfermagem, podendo ter sido vivenciadas ou observadas pelo entrevistado.

A unidade básica de análise dos dados foi o Acontecimento Crítico revelado pelo incidente. Como foi referido anteriormente, o acontecimento crítico é composto de eventos observados ou vivenciados que foram significativos para o entrevistado com relação à assistência de Enfermagem de boa qualidade. Os eventos referem-se às acções do Enfermeiro e do pessoal de Enfermagem envolvidos na assistência prestada. Os significados foram analisados em termos de atitudes positivas e negativas reveladas quando o entrevistado informou porque considerava aquele incidente importante para a assistência de Enfermagem de boa qualidade.

Os cinco passos adoptados para análise dos relatos foram:

- a) Transcrição da entrevista, leitura de relatos e identificação dos trechos que descrevem acontecimentos críticos;
- b) Identificação dos eventos (E) e significados (S);
- c) Estabelecimento de ligações entre significado e acontecimento;
- d) Desenvolvimento de afirmações (unidades de registo) destes acontecimentos críticos;
- e) Organização das afirmações em temas através de um procedimento indutivo de classificação.

Galera e Teixeira (1997) realizaram um estudo sobre a definição da qualidade de vida das pessoas portadoras de problemas de saúde mental, em que usaram a técnica do incidente crítico para orientar a pesquisa.

Este trabalho contribuiu para a construção do conceito de qualidade de vida a partir de incidentes críticos relatados por doentes mentais e seus acompanhantes num ambulatório de saúde mental da rede pública do Estado de São Paulo. Para tal realizaram entrevistas a ambos. O objectivo da entrevista foi o de extrair relatos verbais dos entrevistados sobre como a doença mental interfere no seu dia a dia.

A técnica do incidente crítico preconiza a recolha de incidentes positivos e negativos; assim foram colocadas duas questões aos entrevistados. A primeira era sobre as actividades que o doente havia deixado de fazer por causa da doença (incidentes negativos) e a segunda sobre as que ele havia deixado de fazer, mas estava conseguindo desempenhar novamente (incidentes positivos).

Os relatos obtidos foram sumariados e analisados segundo os cinco procedimentos preconizados por Dela Coleta (1974, citado em Galera e Teixeira, 1997:70):

*“leitura e arrolamento dos relatos obtidos, identificação dos três componentes de um incidente crítico, situação, comportamento e consequência, agrupamento dos relatos segundo as situações, comportamentos e consequências semelhantes, elaboração das exigências críticas a partir dos incidentes críticos semelhantes encontrados, e análise do conteúdo que permeia todos os outros.”*

Para que os relatos obtidos nas entrevistas pudessem tornar-se passíveis de análise fizeram várias leituras procurando extrair a ideia central de cada um deles. Nogueira (1988, citado em Galera e Teixeira, 1997:71) chama a esta ideia central: *“componente crítico específico para o objectivo da pesquisa”*. O componente crítico procurado nos relatos continha as actividades do dia a dia que foram ou estavam a ser afectadas pelo problema de saúde mental, ou seja, as actividades consideradas importantes para o bem-estar do doente.

Narayanasamy e Owens (2001), no seu trabalho *“A critical incident study of nurses’ responses to the spiritual needs of their patients”*, utilizaram a técnica dos incidentes críticos para descobrir como é que os enfermeiros respondem às necessidades espirituais dos pacientes numa variedade de situações clínicas.

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa que incorporou a técnica dos incidentes críticos, escolha que os autores consideram compatível com o tipo de estudo que pretendiam realizar. Referem ainda que um incidente relacionado com qualquer actividade humana observável é suficientemente completo em si mesmo para permitir inferências.

Narayanasamy e Owens (2001) referem que a técnica dos incidentes críticos como método de recolha de dados é usada de preferência na observação, devido às dificuldades práticas e constrangimentos muitas vezes experienciados pelos investigadores que usam a observação, principalmente nas situações/procedimentos clínicos. Uma vantagem adicional a este método é a sua dependência não só da descrição dos acontecimentos actuais, mas também das descrições das coisas como deviam ser. O método traz credibilidade à prática porque a técnica preocupa-se não só

com o mundo real mas também com o mundo abstracto e, ao mesmo tempo, reconhece os constrangimentos e limitações que encontramos no mundo em que vivemos e trabalhamos.

O estudo concluiu que a Técnica dos Incidentes Críticos é vantajosa para desenvolver um modelo ideal dos cuidados espirituais, usando os dados dos incidentes críticos deste estudo.

Valsecchi (1999) seleccionou a técnica dos incidentes críticos, com as adaptações necessárias, para ser utilizada no seu estudo: *“Incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado”*. Tinha em vista identificar, entre os alunos do curso de graduação em enfermagem, os aspectos relacionados com o processo de ensino-aprendizagem no estágio supervisionado, segundo referência positiva ou negativa. Para a obtenção dos dados, elaborou um instrumento contendo dados de identificação dos alunos e duas questões norteadoras, que possibilitaram identificar aspectos positivos e negativos relacionados com o desenvolvimento do estágio supervisionado.

Também Benner (2001), no seu livro *“De iniciado a perito”*, expõe as suas concepções sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais de Enfermagem, a partir da descrição de enfermeiras, em nove hospitais, de um incidente crítico.

Gordon e Benner (citados em Benner, 2001:289) elaboraram um guia para a descrição de Incidentes Críticos que foi utilizado no estudo supra mencionado. Para tal os enfermeiros participantes teriam que seguir diversos passos sugeridos pelas autoras:

*“A. O que constitui um incidente crítico;*

*B. O que é preciso incluir na vossa descrição do incidente crítico;*

*C. Informações pessoais;*

*D. Descreva abaixo, em detalhe, um incidente identificado na vossa prática de enfermagem, respondendo às questões do parágrafo B;*

*E. Descreva abaixo, em detalhe, um incidente identificado na vossa prática de enfermagem, com o qual foi recentemente confrontada;*

*F. Um dia de trabalho vulgar;*

*G. Um dia de trabalho excepcional.”*

Após a apresentação do resultado da pesquisa sobre a utilização da técnica dos incidentes críticos, torna-se pertinente fazer, neste momento, uma análise comparativa entre esta técnica e a narração de episódios significativos, que utilizámos no nosso estudo.

A técnica original dos incidentes críticos tem uma dimensão muito objectiva, o que contrasta com a subjectividade da narração de episódios significativos. Esta discrepância foi intencional, pois não pretendíamos que os enfermeiros se centrassem no incidente em si, mas em todo o contexto que envolve a supervisão em ensino clínico.

O incidente é observável e completo e através dele podem-se fazer previsões sobre o indivíduo que realiza a acção, o que não se aplica ao episódio, pois como já referimos, um episódio significativo é muitas vezes um conjunto encadeado de incidentes, sendo difícil realizar uma observação e fazer previsões.

Na técnica dos incidentes há colheita de observações directas do comportamento humano, enquanto que na narração de episódios significativos pretendemos que o participante se confronte com as suas ideias, experiências, sentimentos e com as dos outros intervenientes, e que reflecta sobre esta panóplia antes e durante a sua narração. Isto leva-nos a afirmar que não é directo.

No nosso caso o objecto de estudo centra-se na supervisão e não limitámos a narração dos participantes. Ao contrário, a técnica dos incidentes é centrada na própria pessoa que relata o incidente pedindo-se que esta faça julgamentos simples ou relatos de situações e factos que serão avaliados pelo investigador.

Na técnica dos incidentes críticos muitos relatos resumem uma experiência geral dentro de um incidente, considerando-se que o que é importante são os acontecimentos críticos significativos – o incidente revelador (Norman *et al* 1992, citados em Galera, Galera e Teixeira, 1997:13). Considera-se um incidente revelador se ele contém acontecimentos críticos significativos em relação ao objectivo geral da actividade sob investigação. Esta ideia de acontecimentos críticos significativos aproxima-se do nosso caso.

Para a colheita de informação, na técnica dos incidentes, as observações são realizadas por um observador externo e focam-se numa actividade observável. No nosso caso há a narração pelo próprio interveniente no episódio, o que possibilita a narração de sentimentos e pensamentos do participante.

Glickman e Vallance (citados em Estrela e Estrela, 1994:41) reconhecem os limites da técnica que deixa de lado alguns aspectos da actividade (aqueles que não foram objecto de qualquer observação de incidentes críticos). Esta foi uma das limitações que quisemos ultrapassar com a utilização da narração de episódios significativos.

Recentemente a técnica dos incidentes críticos tem vindo a ser utilizada pela investigação interpretativa através da observação “indirecta”, sendo a expressão “incidente crítico” substituída por “incidente significativo” (Estrela, 1986 citado em Rodrigues, 1999). O processo de recolha dos incidentes passa a ser feito por quem está implicado na acção, o que se crê que é em si mesmo formativo.

Estes registos aproximam-se bastante das características da narração de episódios significativos, em que pretendemos não só a narração do episódio, mas também os contributos que a vivência deste trouxe para a aprendizagem dos diversos intervenientes, em especial do narrador.

Realizado este enquadramento acerca da técnica dos incidentes críticos, passamos à descrição da construção do guião de narração dos episódios significativos.

#### *Guião de narração de episódios significativos*

Ao utilizarmos a narração de episódios significativos, tivemos em conta que o processo de construção do instrumento de colheita de dados tem que ser guiado pelas preocupações orientadoras da investigação. Assim, estabelecemos um guião de narração que assegurasse que todos os temas chave pudessem ser explorados em cada participante, tendo a preocupação de sugerir o formato da narração de acordo com as características dos participantes sem controlar o conteúdo de forma rígida.

O guião de narração (Anexo I) foi elaborado conjuntamente com duas colegas (mestrandas em Supervisão) que se encontram a desenvolver os seus trabalhos de investigação nesta mesma temática, tendo como incidência populações diferentes da do presente estudo. Enquanto que a nossa investigação se baseia nas narrações dos enfermeiros cooperantes, as delas baseiam-se, num dos casos nas narrações dos alunos e no outro, nas dos docentes.

Na construção do guião tivemos sempre presente que se pretendia perceber as representações que os vários actores têm sobre a supervisão em ensino clínico a partir de situações concretas, vivenciadas e reflectidas.

Para esta construção inspirámo-nos na experiência de Benner (2001), baseando-nos no “*guia para a descrição de incidentes críticos*” (p:298), que apresentámos anteriormente.

Construímos o guião de narração em torno de 2 blocos temáticos. O primeiro bloco destina-se à caracterização geral da amostra, sendo o segundo destinado à narração e reflexão do episódio significativo (guião para a narração de um episódio significativo no contexto da formação inicial dos enfermeiros).

#### 1º - Caracterização do Participante.

Na caracterização geral do participante foram solicitados dados sobre: sexo, idade, naturalidade por concelho e Escola responsável pelo ensino clínico.

De seguida o participante tinha que se identificar como aluno, docente ou enfermeiro cooperante, pois conforme o seu estatuto iria responder a um conjunto diferente de questões (A, B ou C respectivamente).

Na presente descrição apenas vamos fazer referência ao conjunto C, visto ser este o referente aos enfermeiros cooperantes. Este conjunto é formado por várias questões:

- Especialidade em enfermagem do enfermeiro cooperante – tem como finalidade conhecer a formação em enfermagem do enfermeiro cooperante.
- Se o participante possui ou não formação específica em supervisão, e se sim qual – tem como finalidade verificar se o enfermeiro cooperante possui ou não, formação em supervisão.
- Tempo de serviço na profissão e na instituição – tem como finalidade analisar a experiência profissional do enfermeiro e se este já se encontra integrado na instituição.
- N.º de anos como enfermeiro cooperante – tem como finalidade conhecer a experiência que o enfermeiro tem como cooperante da supervisão em ensino clínico.



- N.º de ensinos clínicos supervisionados e em que áreas – tem como finalidade conhecer em que âmbito e em que número os ensinos clínicos se realizaram.

## 2º - Guião para a narração do episódio significativo

Na construção das frases orientadoras, que constituem este 2º bloco temático, procurámos que estas incidissem sobre experiências, opiniões e sentimentos, tal como recomenda Benner (2001).

Este guião encontra-se dividido por três áreas:

- I – Caracterização geral do episódio significativo;
- II – Reflexão sobre o episódio significativo;
- III – Importância formativa do episódio.

I – Na caracterização geral sugerimos que os participantes descrevessem o contexto do episódio significativo e referissem quais os intervenientes e qual a participação de cada um.

II – Nesta “área” sugerimos que reflectissem sobre a sua acção e reacção durante a após o episódio. Para orientar a narração sugerimos que reflectissem, também, sobre os sentimentos e emoções que eles próprios e os outros intervenientes tinham vivenciado, os apoios, a comunicação interinstitucional e a aprendizagem que resultara desta vivência.

III – Sugerimos, por último, que se referissem à importância formativa do episódio, para captar se os participantes consideravam o episódio significativo ou não e quais as razões de tal opinião. Solicitámos, ainda, que os participantes dessem um título ao episódio de forma a conseguirmos, através de uma palavra ou frase, perceber o significado deste. Incluímos também uma solicitação aos participantes no sentido de que estes exprimissem a sua opinião sobre a supervisão em ensino clínico.

No início do guião agregámos um texto introdutório, onde apresentámos e justificámos o âmbito do estudo e solicitámos a descrição do episódio significativo. Neste

texto também incluímos a definição de episódio significativo em supervisão (que já apresentámos) e as instruções gerais para o preenchimento do instrumento.

Para garantir a confidencialidade, assegurámos o anonimato, indicando que não deveriam referir os seus nomes, nem o dos outros intervenientes no episódio.

Foram anexadas três folhas de resposta (uma por cada área) referindo em nota de rodapé que se pretendia um relato sucinto, mas que, se necessário, podiam acrescentar outras folhas.

Para que todos os participantes entendessem e dessem o mesmo conceito a algumas palavras-chave deste nosso estudo, anexámos a definição dos seguintes termos:

Enfermeiro cooperante – enfermeiro especialista, bem como outros enfermeiros que cooperam na supervisão em ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem, dos diversos serviços em que ocorra ensino clínico de enfermagem.

Supervisão – processo em que um enfermeiro ou um docente orienta um aluno ou um grupo de alunos em ensino clínico, na resolução de problemas mais ou menos específicos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Supervisor – enfermeiro ou docente que orienta um aluno ou um grupo de alunos em ensino clínico.

Ensino clínico – formação prática de enfermagem, realizada em contexto real de trabalho, onde se pretende que o aluno desenvolva habilidades e/ou capacidades cognitivas, técnicas e sócio-relacionais.

### *Teste piloto*

Após a sua construção, procedemos à validação do guião com o objectivo de verificar se este permitia a recolha de dados que pretendíamos para o nosso estudo. Assim, aplicámos uma versão piloto, no mês de Maio de 2002, a 6 enfermeiros cooperantes de diversos serviços de uma instituição de saúde onde alunos de enfermagem realizam ensino clínico (diferente daquelas onde se realizou a investigação).

Posteriormente, procedemos à leitura e análise sumária das narrativas sendo o seu conteúdo discutido.

Esta etapa preliminar permitiu-nos, além de confirmar que o guião de narração estava adequado, prever a duração média de preenchimento da narração e desenvolver as nossas habilidades metodológicas. A confirmação da adequação do guião para o estudo deveu-se à emergência de situações, comportamentos, reflexões e constatações pertinentes relacionadas com a supervisão em ensino clínico.

Após este teste, tivemos necessidade de aferir alguma terminologia, não compreendida pelos participantes.

Terminada a construção do instrumento de colheita de dados, procedemos à delimitação dos participantes no estudo.

### 2.2.2 – Selecção dos Participantes

A finalidade da investigação consiste em descobrir algo sobre determinado fenómeno inerente a uma dada população ou universo. Para Polit e Hungler (1994: 258), *“uma população é um conjunto de casos que cumprem critérios determinados”*. Pode ser constituída por um grupo mais ou menos alargado cujos elementos sejam detentores de características comuns sobre o qual recai o estudo. De um modo geral, as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. Por essa razão, nas pesquisas sociais é muito frequente trabalhar com amostras.

A amostragem e em particular os processos de amostragem aplicam-se em variadíssimas áreas do conhecimento e constituem, muitas vezes, a única forma de obter informações sobre uma determinada realidade que importa conhecer. A amostra, segundo Gil (1989: 92), *“é o subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população.”*

O tipo de estudo que se desenvolve apoia-se numa metodologia qualitativa pelo que se procura compreender um fenómeno de forma contextual.

Tendo por base estes pressupostos e como se pretendia a narração de enfermeiros que colaborassem directamente na supervisão em ensino clínico, partiu-se para a definição da população do estudo.

*Definição e caracterização da população do estudo:*

- Enfermeiros Especialistas, como Enfermeiros Cooperantes da Supervisão em Ensino Clínico dos futuros profissionais de Enfermagem, de diversos serviços em que ocorra ensino clínico de enfermagem das Instituições de Saúde da área de influência das Escolas Superiores onde seja ministrado o Curso Superior de Enfermagem.

A necessidade de determinar os critérios de inclusão dos participantes que iriam constituir a população do estudo, tendo em consideração o foco de investigação proposto, levou-nos a tomar uma série de decisões.

Torna-se, pois, pertinente justificar essas decisões. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer a nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

No ponto 6 do Artigo 9º (Intervenções dos Enfermeiros) do REPE, pode ler-se que *“os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem:*

- a) Organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros;*
- e) Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos”.*

O Decreto-Lei nº437/91, de 8 de Novembro, no qual se regulamentou a carreira de Enfermagem, decreta, no capítulo II, Secção I, Artigo 7ª que ao enfermeiro especialista compete desempenhar o conteúdo funcional inerente às categorias de nível 1, do qual se salienta que “*deve colaborar na formação realizada na unidade de cuidados*”, sendo uma função específica “*colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço*”, onde se incluem os ensinamentos clínicos dos futuros profissionais de Enfermagem.

Depois de definida a população do estudo, tivemos necessidade de limitar a nossa amostra.

Inicialmente pensámos que a amostra fosse constituída por 60 enfermeiros cooperantes, mas após a distribuição dos instrumentos de colheita de dados verificámos que a adesão dos enfermeiros não foi a esperada. Aliada a esta dificuldade inicial constatámos que as narrações eram complexas e extensas para a técnica de tratamento de informação que pretendíamos (análise de conteúdo) o que não permitiria que a investigação fosse realizada no tempo que tínhamos para este trabalho. Pelas razões referidas optámos por delimitar a amostra a 30 enfermeiros cooperantes.

Estes 30 participantes seriam distribuídos por instituições de saúde da área de influência de três Escolas Superiores onde fosse ministrado o curso superior de enfermagem.

As três Escolas Superiores pertencem, uma à zona norte do país e duas à zona centro. A escolha foi condicionada pela distância geográfica e pela facilidade de acesso a cada uma.

A distribuição dos participantes foi inicialmente de 20 para cada escola de influência. Como já referimos, posteriormente houve necessidade de limitar a amostra a 10 participantes por escola.

Fizemos esta opção para que não ficássemos com uma amostra muito reduzida em cada escola.

Explicadas as opções tomadas na definição da *Amostra*, esta é constituída por:

- 30 Enfermeiros Especialistas, como Enfermeiros Cooperantes da Supervisão em Ensino Clínico dos futuros profissionais de Enfermagem, de diversos serviços em

que ocorra ensino clínico de enfermagem das Instituições de Saúde da área de influência de 3 Escolas Superiores onde seja ministrado o Curso Superior de Enfermagem.

Definida a amostra, passámos à obtenção das narrações dos episódios significativos.

De acordo com Bardin (1979: 96), *“estando o universo demarcado (o género de documentos sobre os quais se vai fazer a análise), é muitas vezes necessário proceder-se à constituição de um corpus (...) que é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”*.

#### 2.2.3 – Processo de obtenção das narrações de episódios significativos - *Corpus*

Como já referimos, após a testagem e validação do guião decidimos manter o guião na sua globalidade, fazendo alguns reajustes.

A abordagem dos enfermeiros cooperantes foi realizada pessoalmente, entregando o guião de narração e explicando sumariamente os objectivos do estudo. A todos os participantes garantimos e recomendámos que empregassem o anonimato, sempre que necessário, siglas para designar pessoas, lugares e instituições nos relatos escritos.

Inicialmente distribuíram-se 60 instrumentos para narração de um episódio significativo, sendo necessário distribuir posteriormente mais 20 dado que a maioria dos enfermeiros não preencheu atempadamente o instrumento.

Os enfermeiros referiram como razões para este desinteresse a sobrecarga de trabalho, a complexidade do instrumento, o tipo de preenchimento (descritivo), a saturação de preenchimento de inquéritos de investigação, entre outras.

Estes motivos foram surpreendentes para nós, porque aquando da distribuição do instrumento os enfermeiros referiram que era importante e urgente a abordagem desta temática.

Após esta dificuldade inicial, foram recolhidas, no total 45 narrações, das quais 5 foram eliminadas pois os participantes não responderam ao 2º bloco temático. Das restantes 40 narrações foram seleccionadas 30 aleatoriamente (sendo 10 de cada Escola).

Constituído o *corpus* passámos ao tratamento da informação contida em cada narração.

#### 2.2.4 – Tratamento da informação: análise de conteúdo.

Para o tratamento da informação recolhida, aplicámos a técnica de análise de conteúdo. Esta, de acordo com Bardin *“é constituída por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que apontam procedimentos sistemáticos e objectivos do conteúdo das mensagens, para obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência dos conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens”* (citado em Martin, 1986: 44).

Amado (2000:54) refere que, em essência a análise de conteúdo é:

*“uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o “conteúdo manifesto” dos mais diversos tipos de comunicações; o primeiro objectivo é, pois, proceder à sua descrição objectiva, sistemática e, até, quantitativa.”*

O investigador deve, igualmente, desenvolver um sistema de codificação para organizar os dados. Assim, de acordo com Bogdan e Biklen (1994: 221), *“o desenvolvimento de um sistema de codificação envolve vários passos: percorre os seus dados na procura de regularidades e padrões bem como de tópicos presentes nos dados e, em seguida, escreve palavras e frases que representem estes mesmos tópicos e padrões. Estas palavras ou frases são categorias de codificação.”*

Martin (1986: 52) diz que *“em investigação social denominam-se categorias a cada um dos elementos ou dimensões que compreende uma variável qualitativa. Por outras palavras, na análise de conteúdo chamam-se categorias a cada dimensão mais simples das variáveis investigadas e que servem para classificar ou agrupar, de acordo*

*com elas, as unidades de análise do texto.” O mesmo autor (1986: 52) reforça que “as categorias vêm a constituir a rede utilizada na investigação, daí que sejam elas que determinem o êxito ou o fracasso de todo o trabalho (...) a análise de conteúdo vale pelo que valem as suas categorias.”*

Por outro lado, Richardson *et al* (1989: 188) afirmam que *“toda a análise de conteúdo supõe a desagregação de uma mensagem em seus elementos constitutivos chamadas unidades de registo. As ditas unidades correspondem aos segmentos de conteúdo considerados como unidades base de análise”*. Vala (1986: 114) reforça esta ideia dizendo que *“uma unidade de registo é o segmento de determinado conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria”*.

Sabemos quanto é crítico o processo interpretativo; mas sem a inferência a investigação ficaria a meio caminho, já que registar a quantidade de informações e fazer em torno delas os mais variados tipos de cálculos não é fazer, ainda, um trabalho interpretativo no quadro das metodologias qualitativas (Amado, 2000).

Tendo por base estes pressupostos, utilizámos a análise de conteúdo temática – predominantemente indutiva, seguindo o percurso metodológico sugerido por Rodrigues (1999:382-384) que se baseou em Bardin, 1979; Ghiglione *et al*, 1985; Huberman e Miles, 1991; Tesch, 1990; van der Maren, 1995 e que, a seguir, descrevemos:

Inicialmente ordenámos e organizámos todo o material recolhido, atribuindo uma codificação a cada narração de episódio, a qual denominámos de número de ordem. No presente trabalho optámos pela designação de AE+n.º/ BE+n.º/ CE+n.º.

As letras A, B e C referem-se a instituições de saúde abrangidas por diferentes escolas. A letra E é relativa à designação de enfermeiro cooperante, que já foi definido anteriormente. De seguida atribuímos um n.º aleatório de forma a codificar os episódios significativos para facilitar posteriormente a análise de alguns quadros resumo.

Após esta codificação, realizámos uma leitura sincrética e prolongada dos documentos a analisar. Esta leitura permitiu-nos, além da apreensão sincrética do sentido das informações recolhidas, a avaliação das possibilidades de análise face aos objectivos de pesquisa (Rodrigues, 1999).

Iniciámos, de seguida, o processo de reflexão fenomenológica das narrativas.



O propósito da reflexão fenomenológica consiste em tentar desvelar o significado essencial de um fenómeno. Quando analisamos um fenómeno estamos a tentar determinar quais são os temas e as estruturas essenciais que o caracterizam. De acordo com van Manen (1994), o tema é uma descrição da estrutura da experiência vivida, isto é, o significado atribuído às estruturas em torno da qual a experiência é “tecida”.

Como resultado desta reflexão definimos então uma primeira matriz temática, ainda que de forma geral e pouco precisa, construída na interacção entre os elementos emergentes das narrativas e os temas identificados na literatura da especialidade pertinentes para os objectivos do estudo que já tinham orientado o processo de recolha, estruturando o guião de narração dos episódios significativos.

Após diversas reformulações surgiram as seguintes áreas temáticas:

- Desenvolvimento de Competências em Ensino Clínico de Enfermagem.
- A Relação em contexto de supervisão em Ensino Clínico.
- Estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico.
- Condições de Trabalho para a Supervisão em Ensino Clínico.
- Representações dos Enfermeiros Cooperantes sobre o Processo de Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem.

Posteriormente procurou-se identificar as unidades de sentido que se apresentavam particularmente essenciais ou reveladoras do fenómeno ou experiência descrita, o que permitiu a emergência de unidades de registo relevantes e significativas para o objectivo da pesquisa. Por unidade de registo entende-se *“o mais pequeno fragmento de texto que tivesse sentido autónomo (para o nosso objectivo). Isto é, que tivesse sentido para os objectivos da investigação e não perdesse sentido quando descontextualizado”* (Rodrigues, 1999:382).

A categorização das unidades de registo, passo seguinte, foi um processo complexo e demorado, que exigiu avanços e retrocessos constantes, na tentativa de agrupar as diversas unidades de registo sob uma denominação comum.

As categorias de análise podem ser comparadas, como refere Bardin (1979), a uma espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem.

Do conjunto das fases anteriores resultou um sistema de categorias exaustivo com que se condensaram (classificaram, catalogaram, codificaram, distribuíram, correlacionaram) e apresentaram os dados, agora com um sentido cuja validade importará controlar. Trata-se de uma espécie de estrutura ideal em que todas as categorias estão reunidas e nos dão uma visão holística e uma unidade genérica das características do corpo documental, e nos permite descortinar consensos, oposições, contradições e clivagens no interior das condições de produção dos documentos em análise (Amado, 2000). Estamos, pois, diante da operacionalização de uma teoria, valendo tanto quanto esta vale, ou da linha de partida empírica para uma teorização.

Houve necessidade de verificar se as categorias elaboradas traduziam o verdadeiro sentido dos dados; se elas foram correctamente definidas e de um modo tão operacional que, outro analista, utilizando essas mesmas definições, faria uma análise semelhante. Com este objectivo, ao longo deste processo de análise de conteúdo, reflectimos, interpretámo-lo e discutimo-lo com os colegas a desenvolverem estudos com a aplicação da mesma técnica, no sentido de validar a adequação dos procedimentos adoptados. Tratou-se de um tempo extremamente enriquecedor pela partilha de opiniões, pela reflexão que exigiu e pela possibilidade de validação do trabalho desenvolvido.

Após esta validação, e porque constatámos que as categorias eram muito abrangentes, optámos pela elaboração de sub-categorias, por forma a facilitar a compreensão das diversas unidades de registo.

Com o objectivo de alguma aproximação dos dados, e numa fase mais interpretativa, transformámos as unidades de registo em indicadores, isto é, *“passámos dos constructos dos sujeitos, geralmente em linguagem comum, aos constructos teoricamente informados de analista/investigadora”* (Rodrigues, 1999:384).

Definimos indicador como uma ou mais palavras que se aproximem o mais possível da unidade de registo e que traduzam o seu significado.

A apresentação das categorias referentes às áreas temáticas em análise encontra-se organizada em diversos quadros de análise, bem como as subcategorias, os indicadores, uma unidade de registo exemplificativa e a frequência absoluta das unidades de registo e das unidades de enumeração dos indicadores, categoria e área temática como exemplificado no Quadro I (Mendes, 2002).

**QUADRO I – Grelha de análise das Categorias, Subcategorias e Indicadores emergentes das narrativas dos Enfermeiros Cooperantes**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
	TOTAIS DA CATEGORIA					
TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA						

**Legenda:**

**U.R.** – Corresponde a uma ou a mais palavras às quais se atribui um determinado significado

**U.E.** – Está associada ao número de sujeitos responsáveis pelas U.R. correspondentes e pode ser traduzida do seguinte modo: 1 U.E. = 1 sujeito; 2 U.E. = 2 sujeitos...

**Freq. Abs. U.R.** – Frequência absoluta das unidades de registo.

**Freq. Abs. U.E.** – Frequência absoluta das unidades de enumeração.

Após este processo de sistematização dos dados e contagem frequencial, realizámos a análise e interpretação de cada quadro resumo.

A fase de análise e interpretação apoiou-se em todo o percurso realizado ao longo do tratamento da informação.

Da dissecação que fizemos ao longo do tratamento da informação, acabámos por organizar um todo, orientado para novos sentidos, aqueles que procurámos nos objectivos anteriormente escondidos ou latentes (Rodrigues, 1999).

Explicitados os procedimentos metodológicos que estiveram subjacentes ao trabalho empírico, apresentamos no capítulo seguinte os resultados deste trabalho.

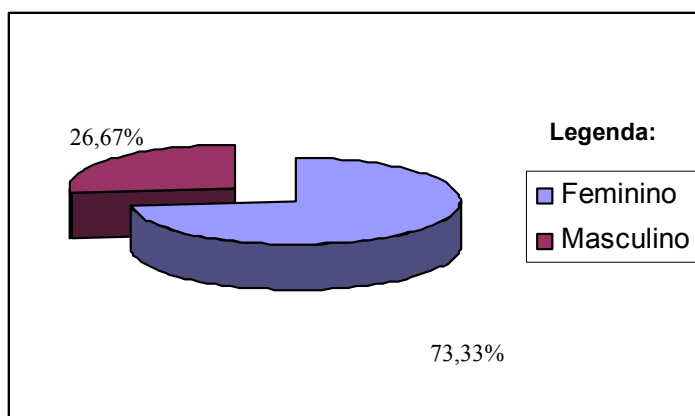
## **CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, dedicado à apresentação e análise dos resultados, começamos por apresentar a caracterização da amostra do estudo, para passarmos posteriormente à análise interpretativa dos dados recolhidos através das narrativas dos episódios significativos dos enfermeiros cooperantes sobre o processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem.

### **1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

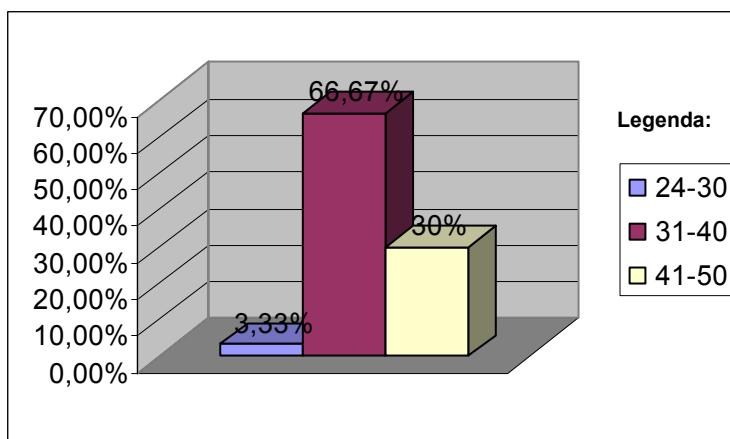
Relativamente ao sexo, verificamos que a amostra dos enfermeiros cooperantes é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino (73,33%).

**Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros cooperantes segundo o sexo**



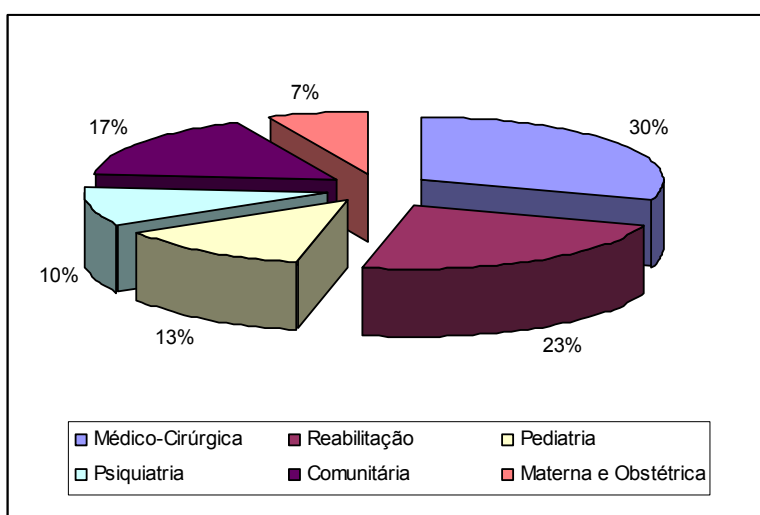
Quanto à idade, e observando o gráfico 2, verificamos como os elementos da amostra se distribuem de acordo com a idade. Constatámos que 66,67% têm idades entre 31 – 40 anos; com idades entre 41 – 50 anos e os 24 – 30 anos situam-se 30,00% e 3,33% respectivamente.

**Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros cooperantes segundo a idade**



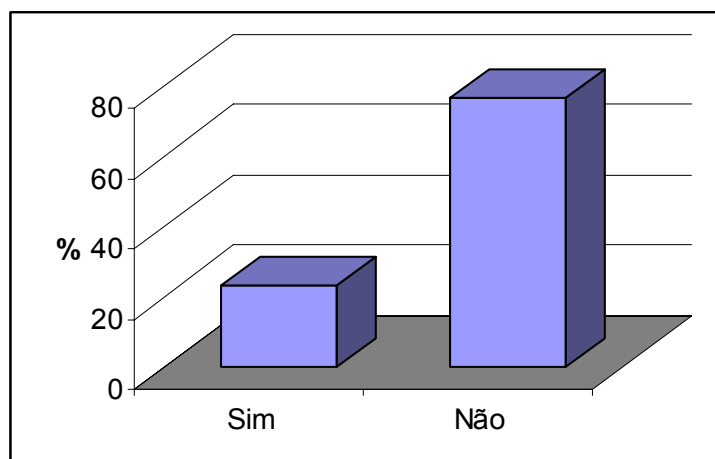
De acordo com a análise do gráfico 3, relativamente ao tipo de especialidade do Enfermeiro Cooperante, verificamos que as três especialidades mais representadas são: Enfermagem Médico-Cirúrgica (30,00%), Enfermagem de Reabilitação (23,33%) e Enfermagem Comunitária (16,67%).

**Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros cooperantes segundo a especialidade em Enfermagem**



Relativamente à formação específica em supervisão, pela análise do gráfico 4, constatamos que 76,67% dos enfermeiros não possuem formação específica em supervisão; 23,33% possuem formação específica nesta área. No entanto verificamos que, dos enfermeiros cooperantes que responderam afirmativamente, apenas um enfermeiro frequenta cursos específicos nesta área.

**Gráfico 4 - Distribuição dos enfermeiros cooperantes segundo formação em supervisão**



Após a análise da tabela 1, relativamente a *quais os cursos de formação frequentados*, a percentagem mais elevada corresponde a *cursos de pedagogia* com 28,55%. Com uma igualdade percentual de 14,29% surgem os cursos de *especialização*, *curso de formadores*, *curso de liderança de grupos*, *formação em serviço* e *frequência de mestrado em supervisão*.

**Tabela 1 – Distribuição dos Enfermeiros segundo os cursos de formação frequentados**

<b>CURSOS DE FORMAÇÃO SUPERVISÃO</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
Pedagogia	2	28,55
Curso especialização	1	14,29
Curso de formação de formadores	1	14,29
Curso liderança de grupos	1	14,29
Formação em serviço	1	14,29
Frequência de mestrado em supervisão	1	14,29
<b><u>TOTAL</u></b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>

Relativamente ao tempo de serviço na profissão, e pela análise da tabela 2, verificamos que 60,00% dos enfermeiros referiram, como tempo de serviço na profissão, entre 15 a 19 anos. Com 20,00% entre 20 a 25 anos de serviço na profissão. Apenas 3,33% dos enfermeiros se situa no grupo de 5 a 9 anos.

**Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de serviço na profissão**

<b>TEMPO DE SERVIÇO NA PROFISSÃO (ANOS)</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
5 – 9	1	3,33
10 – 14	5	16,67
15 - 19	18	60,00
20 – 25	6	20,00
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Pela análise da tabela 3 verificamos que 63,33% dos enfermeiros referiram, como tempo de serviço na instituição, entre 15 a 19 anos. Com 16,67% entre 10 a 14 anos de

serviço na instituição. Com uma igualdade percentual de 10,00% situam-se os enfermeiros que referiram 5 a 9 anos e 20 a 25 anos.

**Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de serviço na instituição**

<b>TEMPO DE SERVIÇO INSTITUIÇÃO (ANOS)</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
5 – 9	3	10,00
10 – 14	5	16,67
15 - 19	19	63,33
20 – 25	3	10,00
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Pela análise da tabela 4 verificamos que 33,33% dos enfermeiros cooperantes referiram, como tempo de colaboração na supervisão em ensino clínico, entre 6 a 10 anos. Com uma igualdade percentual de 23,33% entre 11 a 15 anos e 16 a 20 anos como enfermeiro cooperante.

Apenas 3,33% são enfermeiros cooperantes há menos de um ano.

**Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o número de anos como cooperante**

<b>ENFERMEIRO COOPERANTE (ANOS)</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	1	3,33
1 – 5	5	16,68
6 - 10	10	33,33
11 – 15	7	23,33
16 – 20	7	23,33
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>



Após a análise da tabela 5, relativamente às áreas de cuidados supervisionados, a percentagem mais elevada corresponde a *ortopedia e saúde comunitária* com uma igualdade percentual de 10,34%.

**Tabela 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo as áreas de cuidados supervisionados**

<b>ÁREAS DE CUIDADOS SUPERVISIONADOS</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
Ortopedia	3	10,34
Saúde Comunitária	3	10,34
Médico Cirúrgica	2	6,64
Urgência	2	6,64
Curso Enfermagem	1	3,45
Curso Enfermagem; Curso Especialidades	1	3,45
Cirurgia, Medicina, Cuidados Paliativos	1	3,45
Cuidados Saúde Diferenciados; Saúde Adulto Idoso	1	3,45
Formação Inicial e Pós Graduada	1	3,45
Fundamentos de Enfermagem, Pediatria, Int.Vida Profissional	1	3,45
Hospitalar Cuidados primários	1	3,45
Medicina, Cuidados Intensivos	1	3,45
Médico Cirúrgica; Comunidade; Idoso	1	3,45
Médico Cirúrgica; Ortopedia	1	3,45
Mental Psiquiatria	1	3,45
Pediatria, Neonatologia, Integração Vida Profissional	1	3,45
Prestação Cuidados de Enfermagem	1	3,45
Saúde Comunitária; Gestão; Formação Desenv. Profissional	1	3,45
Serviço de Pediatria	1	3,45
Saúde Adulto Idoso; Medicina; Cuidados Paliativos	1	3,45
Saúde Adulto; Saúde Familiar; Intervenção Comunitária	1	3,45
Saúde Comunitária; Infantil; Materna; Mental Psiquiatria	1	3,45
Saúde Infantil Juvenil	1	3,45
<b><u>TOTAL</u></b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>

Após análise das diversas tabelas apresentadas, podemos concluir que a amostra é composta maioritariamente (73,33%) por enfermeiros cooperantes do sexo feminino.

O intervalo de idades onde se situa a maioria dos enfermeiros é entre os 31 e os 40 anos (66,67%).

Quanto à especialidade, cerca de 30,00% dos enfermeiros cooperantes é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 23,33% é especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Quando questionados acerca de formação específica em supervisão, 76,67% respondeu que não possuía. Os enfermeiros que responderam afirmativamente indicaram alguns cursos de formação; porém, após análise, chegamos à conclusão de que apenas 1 enfermeiro frequenta, na realidade, cursos específicos nesta área.

Cerca de 60% dos enfermeiros situa-se entre os 15-19 anos de serviço na profissão e na instituição, pelo que já têm elevada experiência na prática de enfermagem.

A grande maioria dos enfermeiros possui mais de 5 anos como cooperante (79,99%). Deste número conclui-se que já possuem um elevado número de experiências em ensino clínico de enfermagem.

Relativamente às áreas de cuidados supervisionados, verificamos que a maioria dos enfermeiros não supervisiona ensino clínico numa só área. No entanto, a área de Ortopedia e Saúde Comunitária são as áreas em que mais enfermeiros realizaram supervisão.

Realizada a caracterização da amostra, passamos à análise dos dados recolhidos.

## 2 - ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DAS NARRATIVAS DOS EPISÓDIOS SIGNIFICATIVOS DOS ENFERMEIROS COOPERANTES SOBRE O PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM.

Como já foi referido anteriormente, após a leitura e releitura das narrações dos episódios significativos, procedeu-se à explicitação de uma matriz de áreas temáticas, construída na interacção entre os elementos emergentes das narrativas e as áreas identificadas na literatura da especialidade e nos objectivos do estudo que já tinham

orientado o processo de recolha, estruturando o guião de narração dos episódios significativos.

Recordando o que foi descrito no enquadramento metodológico, definiram-se as seguintes áreas temáticas:

- Desenvolvimento de Competências em Ensino Clínico de Enfermagem.
- A Relação em contexto de supervisão em Ensino Clínico.
- Estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico.
- Condições de Trabalho para a Supervisão em Ensino Clínico.
- Representações dos Enfermeiros Cooperantes sobre o Processo de Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem.

Após várias reformulações, definiu-se:

- **Competência** como: acção (acto; actividade) resultante da mobilização reflectida e eficaz de saberes numa situação inerente ao ensino clínico.
- **Relação** como: conexões e influências que se estabelecem intra, interpessoal e interinstitucionalmente, cujo significado essencial é o estar-com, com intencionalidade formativa. Implica também a relação que alunos, docentes e enfermeiros cooperantes estabelecem com os doentes e que constitui uma componente formativa.
- **Estratégia** como: plano de acção pelo qual se escolhe, organiza e gere as actividades, com vista a atingir um objectivo.
- **Condições de trabalho** como: circunstâncias, meios ou requisitos necessários ou existentes numa instituição, para que o objectivo seja atingido.
- **Representação** como: uma construção mental resultante de um processo, pelo qual o sujeito desenvolve uma imagem relativa aos fenómenos (mundo representante) do meio ambiente (mundo representado).

A análise interpretativa das áreas temáticas vai seguir uma ordem lógica e não aleatória. Para a definição da sua disposição, tivemos em conta a pertinência e adequabilidade da análise e discussão dos resultados. Ou seja, vamos partir das

concepções que os enfermeiros têm acerca do desenvolvimento de competências dos “actores” em ensino clínico, passando posteriormente à análise das relações que se estabelecem no contexto supervisivo. Posteriormente analisaremos as estratégias que são utilizadas na supervisão dos alunos e as condições de trabalho para o exercício da supervisão. Finalmente e numa tentativa de afunilamento, analisaremos as representações que os enfermeiros têm sobre a supervisão em ensino clínico, pois nesta área temática surgirão as sugestões dos enfermeiros em relação à supervisão.

Explicadas as opções tomadas relativamente à ordem de apresentação e no sentido de uma melhor compreensão dos episódios significativos, é apresentado no Quadro II um resumo de cada uma das narrações, dividido em: título do episódio, intervenientes, síntese das narrações, áreas temáticas e valoração atribuída.

Ao analisar o Quadro II, verificamos que são vários os intervenientes nos episódios significativos narrados pelos enfermeiros cooperantes.

O aluno é interveniente em 30 episódios ou seja em 100% dos episódios.

Quanto ao enfermeiro cooperante intervém em 29 episódios (96,67%), contrastando com a intervenção do docente que só é referido em 7 (23,33%).

O doente e a equipa de enfermagem são outros intervenientes com algum significado, com 13 (43,33%) e 11 (36,67%) referências respectivamente.

Tanto a família do doente como o(a) médico(a) são intervenientes em 4 episódios (13,33%).

São também referidos como intervenientes os auxiliares de acção médica, em dois episódios (6,67%), o coordenador do curso de enfermagem e a família do aluno num episódio (3,33%).

Destes resultados podemos concluir que os enfermeiros cooperantes narraram episódios em que o aluno e eles próprios são os protagonistas. Deram, também, relevância a episódios em que intervêm os doentes e a equipa de enfermagem do serviço onde os alunos realizam o ensino clínico.

QUADRO II – Resumo das narrações realizadas pelos enfermeiros cooperantes em Ensino Clínico.

TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
"Saibamos morrer como vivemos ou se possível com o melhor de nossa vida."	Aluno; Auxiliar de Acção Médica; Família do doente; Doente; Enf. Coop.	O episódio está relacionado com a sensibilidade que deverá estar presente em situações de agonia/morte.	Alguns enfermeiros abstêm-se do seu papel de formadores.	Os enfermeiros são os companheiros de momentos muito especiais e únicos no ciclo de vida/morte dos utentes.	Foi necessário apoiar o aluno por ainda não saber como lidar com o processo da morte. Este episódio exigiu grande capacidade de diálogo e de operacionalização da relação de ajuda.	Sem registo.	A supervisão em ensino clínico tem sido um desafio, uma alegria e uma forma de evolução pessoal e profissional, tendo um significado amplo, mais moderno e dinâmico.	P / N	AE1
"Cada dia que passa surge mais uma surpresa para a nossa aprendizagem: enquanto pessoas e profissionais"	Aluno; Enf. serviço; Enf. Coop.	Erro num procedimento por parte do aluno (não refere qual), que resultou em aprendizagem por parte da equipa.	Os alunos deverão desenvolver competências ao nível da relação humana. O procedimento incorrecto deu lugar ao desenvolvimento de competências na equipa.	Sem registo	Procedeu de acordo com os princípios de comunicação e gestão de conflitos, analisando e orientando o aluno segundo princípios éticos e do ensino clínico.	Sem registo	Para a supervisão do ensino clínico o enfermeiro deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e essencialmente sócio-relacional.	P	AE2
Sem título	Enf. do serviço; Aluno; Médico; Auxiliar de acção médica; Enf. Coop.	Aluno que cuidou de dois doentes numa situação emergente, apenas com orientação dos enfermeiros de serviço. O aluno foi um elemento importante no trabalho em equipa.	Aluno com iniciativa que desenvolveu todo o seu trabalho com muito profissionalismo, contribuindo este episódio para o desenvolvimento de competências, nomeadamente a tomada de decisão.	Sugere a aproximação entre a Escola e os contextos de trabalho para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.	Sem registo	Gostaria de lhe ter dado mais apoio, não sendo possível dadas as solicitações que a situação exigia.	Os ensinamentos serão utilizados como momentos de reflexão sobre os cuidados prestados.	P	AE3
"Incrível, mas aconteceu..."	Alunos; Enf. Coop.	Aluno que é agredido física e verbalmente por uma colega (ex-namorada), nas	O enf. coop. questiona: Que alunos são estes? Que futuros profissionais serão?	Comunicou à Escola esta situação porque era demasiado grave.	Foi feita uma reflexão profunda com a docente posteriormente uma vez que a docente	Sem registo.	A supervisão em ensino clínico é demasiado importante para ser deixada ao acaso.	N	AE4

TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
		enfermarias perante os doentes que aí estavam internados.	Os alunos devem saber ser e saber estar e serem formados de uma forma global, daí o papel do enf. coop. como educador em todos os sentidos.	a escola foi satisfatória.	não acompanha os alunos durante o ensino clínico.				
"O meu profissionalismo de hoje será o espelho do aluno amanhã."	Aluno; Enf. de referência; Doente; Enf. Coop.	Doente desorientado, recusou os cuidados de higiene quando abordado pela aluna e esta aceitou a recusa, não lhe prestando esses cuidados	Atitude pouco responsável da aluna que atendeu à vontade do doente desorientado e aceitou pacificamente a resposta do enfermeiro. Todos os que contribuem para a formação de alunos devem ser competentes a nível técnico, científico, relacional e crítico-reflexivo.	O doente referiu à aluna num tom de voz alterado: "Não se queria lavar, porque quem mandava no seu corpo era ele (...)". O enf. coop. esforçou-se por ter uma atitude responsável, assertiva e profissional com os alunos.	O enf. coop. colaborou com a aluna na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente. Reuniu com a aluna no sentido de reflectir e analisar a situação em causa.	Sem registo.	Julga importante o acompanhamento constante por parte dos enfermeiros orientadores do estágio. A supervisão deve ser realizada por profissionais competentes para tal.	N	AE5
"Os alunos são vossos; salve-se quem puder!!"	Aluno; Enf. Coop.; Docente orientador.	Enf. cooperante que faz uma apreciação por escrito de um aluno, no patamar de "satisfaz menos", vindo posteriormente a ser acusada pelo aluno de ter contribuído para a sua reprovação, segundo indicação da docente da Escola.	Sem registo.	A professora nunca entrou em contacto com a enf. coop. por causa da situação. O aluno ter-se-á sentido traído pelo enf. coop. Não existiu comunicação entre Escola ↔ enf. coop.	O enf. coop. remeteu o aluno para a Professora, com o objectivo de esclarecer a situação. Resolveu não contactar de imediato a professora, dando algum tempo para digerir o ocorrido.	Ficha de avaliação não adequada ao preenchimento por parte dos profissionais do serviço.	A supervisão dos percursos formativos dos alunos é delegada nos profissionais das práticas como quem se "vê livre de um fardo".	N	AE6
"Páginas da fama"	Alunos; Enf. Coop.; Docente	Aluno penalizado em 2 valores na nota de estágio, por	O enf. coop. coloca em causa se a outra aluna conseguiu	O aluno ficou triste e sentiu-se injustiçado, algo revoltado mas	O enf. cooperante falou calmamente com a docente após	Sem registo.	É agradável formar um ser humano, moldá-lo.	N	AE7

TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS				Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho		
	orientador.	apresentar um relatório inferior em quantidade e qualidade à colega de estágio.	fazer o relatório em 4 dias e se a docente conseguiu corrigir em 24 horas.	também conformado. Refere que não houve comunicação com a escola.	a entrevista e tentou fazer valer os seus pontos de vista.			
Sem título	Alunas; Médico Especialista ; Enf. Coop.	Alunas que durante o estágio foram "pressionadas" por um médico especialista, que as abordava de uma forma abusiva com atitudes e comportamentos pouco correctos (molestação por "piropos" e convites para passear, metendo no bolso contacto telefónico).	Grupo de alunos que desenvolveu competências tanto a nível da relação com a equipa / utente / família como a nível da prestação de cuidados.	Houve todo o apoio da Escola e do serviço. Este episódio foi puro assédio sexual e não foi penalizado.	Realizada reunião com as alunas, director do serviço, enf. coop. que era a coordenadora do serviço e docente da Escola. As alunas reflectiram posteriormente com os pais, decidindo não fazer nada com receio de represálias futuras.	Sem registo.	N	AE8
"Viver a Morte"	Aluno; Enf. Coop.; Doente em fase terminal.	Aluno ao qual foi distribuído um doente em fase terminal, demonstrando receio em cuidar deste doente. Quando o doente faleceu, entrou numa crise de choro e ansiedade.	Os enfermeiros vivenciam a morte de forma não fria, mas rotineira.	O aluno nunca verbalizou o seu desagrado com aquela situação. O enf. coop. não conseguiu estabelecer com este aluno uma comunicação eficaz, ignorando os sentimentos do aluno.	O aluno "fugia" da prestação de cuidados ao doente em fase terminal, solicitando o apoio dos seus colegas. Feita reflexão com o aluno acerca das atitudes perante a morte e dado apoio emocional.	Sem registo.	N	AE9
"Ensino / Práticas de Enfermagem, que distância?"	Aluno; Docente; Enf. Coop.	Aluno que solicita orientação ao docente para determinada intervenção de enfermagem, não	As orientações dadas pelo docente eram correctas até determinada altura, mas presentemente já não era assim.	A situação pode levar a alguma falta de confiança no docente. Existe distanciamento entre	O enf. coop. não fez qualquer comentário acerca da orientação, e conversou posteriormente com	Cada vez mais os docentes não têm tempo nem oportunidade para acompanharem a evolução observada	N	AE10



TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
		estando esta orientação de acordo com o preconizado pela equipa do serviço.		o ensino e a prática de enfermagem.	o docente. Assumiram o problema e explicaram ao aluno o motivo das orientações desencontradas.	no domínio das práticas.	A enfermagem não pode ser aprendida em laboratório nem pode ser ensinada por quem não se sinta responsabilizado pela formação dos alunos.		
"Crioterapia: Protocolos de actuação."	Alunos; Enfermeiros do Serviço	Alunos que realizaram uma formação em serviço, sobre uma temática que era pertinente abordarem (crioterapia).	É da responsabilidade do enfermeiro a formação em serviço.	Sem registo.	Por evidente necessidade decidiram abordar esta temática e elaboraram um protocolo de actuação.	Sem registo.	A supervisão tem vindo a ser entregue aos enfermeiros sem a articulação devida com as escolas, o que dificulta a aprendizagem dos alunos.	P	BE1
"A 1ª introdução e fixação de uma SNG num recém-nascido, por um aluno de enfermagem"	Aluno; Enf. Coop.	Aluno que introduz e fixa uma Sonda Nasogástrica num recém-nascido sob orientação do enf. cooperante.	Os docentes não conseguem relacionar os conteúdos teóricos com as práticas (estão desfasados da realidade das instituições hospitalares). Não houve supervisão por parte do docente.	Sem comunicação entre a Escola e o campo de estágio.	Demonstrou o procedimento com calma explicando os vários itens antes de atingir o objectivo final, indo orientando e corrigindo alguns erros. No final elogiou o sucesso da execução.	Sem registo.	No ensino clínico, o aluno como executante e o enf. coop. como orientador. Este tem um papel mais activo, marcante e importante na aprendizagem prática do aluno, devendo existir mais interligação entre a Escola e os enf. orientadores.	P	BE2
"A importância da colheita de dados/colheita de informação no processo de enfermagem"	Utente; Enf. Aluno; Enf. Coop.	Aluno que realiza uma colheita de dados a um utente hipertenso, estabelecendo uma relação muito próxima, prejudicando assim a sua relação terapêutica.	A Escola reconhece competência nos enfermeiros dos serviços pelo que lhe confere total autonomia na supervisão dos ensinos clínicos.	A aluna orientou a sua colheita de dados envolvendo-se demasiado. Não é com sentimentos de pena e compaixão que os utentes recebem cuidados de qualidade.	A enf. coop. reflectiu sobre o assunto e falou com os alunos sobre o envolvimento emocional que sendo desmedido se torna prejudicial para a relação terapêutica.	Sem registo.	A supervisão ajuda a desenvolver competências no sentido de melhorar a prática dos cuidados e reflectir sobre essa prática.	N	BE3



TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS				Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão	
"A morte no Oriente."	Aluno; Família do doente; Enf. Coop.; Enf. Doente.	Aluno que perante o doente que faleceu na sala de reanimação "brincou" com o facto de o doente ter vindo a falecer. O enf. cooperante conduziu o aluno à morgue onde o confrontou agressivamente com a sua atitude.	O enf. coop. reflectiu acerca da sua atitude e pediu desculpas ao aluno.	O aluno sorria-se perante a chamada de atenção.	O enf. coop. chamou a atenção do aluno de forma violenta. Levou-o à morgue e mostrando-lhe alguns cadáveres, fez simultaneamente uma reflexão. Este começou a vomitar e desmaiou. No dia seguinte reflectiram acerca da atitude de ambos.	Sem registo.	A supervisão deve ser orientada para o desenvolvimento pessoal, profissional e da sociedade humana. Os supervisores devem reflectir permanentemente; tomarem consciência dos seus erros e desenvolverem competências reflexivas.	BE4
"Aprendizagem é reciproca"	Aluna; Criança; Mãe; Enf. Coop.	A aluna administrou uma vacina que já tinha sido inoculada e somente era necessária a sua administração +/- 4 anos após a 1ª dose.	Os alunos têm muita dificuldade em lidar com as práticas e vêm de "olhos vendados" para o estágio. A enf. coop. julgava que a aluna já tinha conhecimentos para não errar naquela situação.	A mãe mostrou-se muito apreensiva perante o facto. Não foi comunicado aos responsáveis da Escola.	A enf. coop. reflectiu concomitantemente com a aluna e com a mãe da criança.	Sem registo.	Na supervisão é necessário aceitarmos os nossos erros e aprendermos com estes.	BE5
"Uma aluna de Enfermagem doente."	Alunos; Utentes recém-nascidos; Enf. Especialista	Aluna que se preparava para administrar um biberão (com leite materno) errado e medicação errada a um recém-nascido (pré-termo) por troca de identidades.	Ao ser confrontada com o erro, a aluna negou com alguma agressividade pondo em causa: Troca de identidades, de leites, de medicação e o desempenho da outra colega.	A aluna tentou incriminar a sua colega. Reagiu com agressividade quando confrontada.	A enf. tentou actuar de forma calma, chamando a atenção da aluna para o erro que estava a cometer. Foi feita reflexão sobre este episódio na passagem de turno.	A enf. refere que foi difícil denunciar esta situação na avaliação do estágio.	A supervisão em ensino clínico deve ser realizada por um enfermeiro do serviço (com competência para o efeito) e que acompanhe os alunos em toda a sua amplitude durante os turnos.	BE6
"Acção imediata com objectividade."	Aluno; Enf. Coop.; Utente.	Enf. cooperante que orienta o aluno no estabelecimento de uma relação de ajuda/esclarecimento	Sem registo.	O enf. coop. refere que gostaria de ter um conhecimento mais profundo de cada aluno. Houve	Orientou o aluno para o estabelecimento de uma relação de ajuda com o utente	Sem registo.	A supervisão em ensino clínico não deve ser um total desfasamento e muita distância entre	BE7

TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
		do utente, aquando da administração de um injectável.		enriquecimento da relação aluno/cooperante.	através do ensino de procedimentos a ter na administração de um injectável.		a escola e a prática. Deveria haver formação dos supervisores por parte da escola.		
"A razão de ser da comunicação."	Aluna; Docente; Docente coordenador do curso; Enf. Serviço; Enf. Coop.	Aluna (grávida, mãe solteira, relações familiares difíceis, etc.) com muitas dificuldades de comunicação com os utentes, tornando-se difícil a relação de empatia com estes.	Sem registo.	A Escola não se demitiu do seu papel e deslocou-se ao local de estágio.	Houve necessidade de realizar algumas reuniões formais extraordinárias com a aluna e equipa de docentes, numa tentativa de analisar e resolver a situação.	A enf. coop. julga ser difícil avaliar e orientar alunos	A supervisão em ensino clínico tem de ser contínua e tendo em conta todo o conjunto de trajectos anteriores e actuais efectuados pelo aluno. Deverá envolver a Escola, enf. coop. e alunos.	N	BE8
"Psiquiatria – reflexão sobre o medo"; "Psiquiatria = estigma?"; Psiquiatria = Medo".	Alunos; Doentes mentais; Enf. Coop.; Docente.	"Medo" do doente mental, aquando do ensino clínico nos Serviços desta especialidade.	Sem registo.	Alunos com medo, angústia e quase pânico ao relacionarem-se com os doentes mentais.	Quando iniciam o estágio, os alunos quase se escondem atrás dos enf. para passarem ao lado dos doentes. No acolhimento é feita uma abordagem sobre esta problemática.	Sem registo.	Deveria haver formação inicial e contínua para os enfermeiros supervisores de ensino clínico e maior cooperação entre os enf. coop. e Docentes.	N	BE9
"Todos diferentes, todos iguais; Todos iguais, todos diferentes."	Aluno; Enf. Coop.; Doente.	Doente asmático com insuficiência respiratória, necessitando de intervenções de enfermagem que o aluno tentou prestar não tendo êxito.	O aluno ficou tão nervoso que não conseguiu reduzir a ansiedade do utente. Tentou punção-lhe, mas as mãos tremiam-lhe, pelo que não teve êxito. O aluno entrou em pânico e saiu da sala repentinamente, pois já tinha falhado anteriormente.	Os enfermeiros dos serviços não conhecem bem os alunos e a sua personalidade, tendo dificuldades na sua abordagem. O docente primou pela ausência.	O aluno já sob supervisão do enf. coop. tentou punção ao doente. Perante o doente, mas sem colocar em causa a técnica do aluno, sugeriu-lhe que desta vez era melhor ser ele a punccionar.	Gostaria de ter reflectido mais profundamente com o aluno mas a sua rotatividade pelo serviço e incompatibilidade de horário não o permitiram.	Não existe sequencialidade nos ensinos clínicos. A supervisão tem que começar pela comunicação. O supervisor necessita de ver o aluno numa perspectiva holística. O enf. coop. deve participar na planificação dos ensinos clínicos.	N	BE10

TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
"Avaliação que pesadelo!"	Aluno; Enf. do serviço; Enf. Coop.; Mãe do aluno; Médica.	Na avaliação sumativa do aluno, este foi penalizado por falhas que cometeu durante o ensino clínico, esta penalização trouxe repercussões a nível das relações pessoais dentro da instituição (mãe do aluno funcionária da instituição).	O aluno tinha falhas graves no seu projecto profissional e dificuldades técnicas.	A mãe do aluno desvia o olhar quando se cruzava com os enfermeiros responsáveis da avaliação. Médica amiga do aluno e da mãe interviem junto do enf. coop. para saber a razão daquela nota. Houve apoio do docente.	A meio do estágio o enf. coop. fez com o aluno o ponto da evolução.	A avaliação é um processo difícil e em situações singulares pode tomar proporções de "conflito" nas relações dentro da mesma equipa e instituição.	Sem registo.	N	CE1
"Colher a quanto obrigas."	Aluno; Enf. Coop.; Mãe; Recém-nascido.	Aluno que realiza ensino a uma mãe acerca da administração de terapêutica oral ao filho, devendo esta utilizar uma "colher de café" para o efeito. A mãe exclama: "mas o bebé só bebe leite, não bebe, café!".	A aluna tentou utilizar uma linguagem acessível para que a mãe compreendesse o ensino.	A aluna expressou alguma compreensão para com a mãe por esta não ter compreendido.	A enf. coop. fez a reformulação do ensino.	Sem registo.	Não é na escola nem nos estágios que se aprende/ ensina que cada utente é um ser único com toda a sua forma de ser, pensar e viver, mas sim no dia-a-dia da vida profissional.	N	CE2
"Um modo de ser... professor!"	Aluno; Docente; Docente; Enf. Coop.	Avaliação da Escala de Glasgow a um doente com TCE por um aluno, que ao ter dificuldades solicitou orientação ao docente, adiando este o auxílio. Conclusão do aluno: "Eu acho que o professor... não a sabe fazer!!".	O professor foi adiando o ensino não se mostrando muito solícito para o fazer. O enf. coop. tem e deve ter responsabilidade na formação do ensino clínico. Deve exigir-se ao professor competência própria para a supervisão.	Sem registo.	O aluno copiou na íntegra a avaliação do registo clínico. O enf. coop. foi com o aluno junto do doente e fizeram juntos a pesquisa neurológica dos valores.	Sem registo.	Ensinar será sempre dizer a outro como deve pensar e comportar-se.	N	CE3
"Para além da Escola..."	Aluna; Enf. do serviço; Enf. Coop.;	No decurso da execução de um penso, o enf. do	A aluna achou um insulto ao doente. A enf. coop.	Doente que vivia numa zona de grau cultural baixo, pelo	A aluna foi transferida para outro campo de	Falta de acompanhamento que os alunos têm	Sem registo.	N	CE4



TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
	Doente.	serviço foi incorrecto para o doente na presença da aluna, pelo que esta solicitou transferência para outro campo de estágio sem consultar o enf. coop.	questiona se os alunos estarão suficientemente preparados para os ensinamentos clínicos.	que alguns enf. utilizavam a linguagem a que estava habituado para "facilitar" a comunicação. A Escola não valorizou a situação.	estágio sem consultarem a enf. coop.	nos ensinamentos clínicos.			
"Só me faltava mais estal!! – Quem não faz não erra."	Aluno; Doente; Enf. Coop.	Doente com retenção urinária, necessitando de ser algalhado. Foi solicitado ao aluno (3º ano) para algalhar o doente, mas este não se encontrava preparado técnica e teoricamente.	Do ponto de vista teórico o aluno estava pouco preparado sentindo-se inseguro, e desmotivado para a execução da algalhação.	O apoio/ colaboração escola e o campo de estágio não se verifica. Na avaliação dos alunos nem sempre é valorizada a opinião dos enf. coop.	O aluno referiu ao enf. que seria melhor ser ele a algalhar e que iria observar. O enf. coop. não concordou. De seguida foram preparar o material e ajudou-o a algalhar.	O enf. coop. não tem condições ideais para o apoio aos alunos, a sobrecarga de serviço, leva a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer.	A supervisão em ensino clínico é muito importante.	N	CE5
"Enf. Cooperante facilitador ou inibidor da aprendizagem."	Aluno; Enf. Coop.	Aluna questionada, aquando da preparação terapêutica, não sabendo responder e entrando numa crise de choro. O enf. coop. concluiu posteriormente que a forma de questionamento não foi a mais adequada.	Este episódio contribuiu para que o Enfermeiro aprendesse a comunicar melhor com os alunos. Os professores têm uma maior experiência na avaliação dos alunos que os enf. coop.	Os docentes têm um conhecimento prévio da personalidade de cada aluno.	O enf. coop. reuniu com a aluna para reflectir acerca do episódio. Reflectiu igualmente sobre os procedimentos a adoptar no relacionamento com os alunos.	Sem registo.	O ensino clínico faz parte integrante da aprendizagem, e deverá preparar os alunos pessoalmente para a prestação de cuidados. A supervisão em ensino clínico deveria ser feita essencialmente pelos docentes.	N	CE6
"O campo de competência dos cuidados de Enfermagem: clarificar para formar."	Aluno; Médico; Enf. Coop.	Aluno que realizou o levante de um doente (a pedido deste) para um cadeirão, sendo abordado agressivamente pelo médico assistente	Sem registo.	O médico assistente, na presença do doente, gritou com o aluno dizendo-lhe que era um incompetente. A Escola deve estar em estreita ligação	A preocupação inicial do enf. coop. foi manter a calma e evitar o conflito. Reflectiu com a equipa posteriormente.	O poder médico nas instituições de saúde por vezes coloca em questão a autonomia do enfermeiro.	Sem registo.	N	CE7

TÍTULO DO EPISÓDIO	INTERV.	SÍNTESE DAS NARRAÇÕES	ÁREAS TEMÁTICAS					Valorização	N.º DE ORDEM
			Desenvolvimento de Competências	Relação em Contexto Supervisivo	Estratégias Supervisivas	Condições de Trabalho	Representações da Supervisão		
		referindo que nunca se levanta um doente antes da visita médica.		com a prática.					
"A anarquia está crescendo!"	Enf. Chefe; Aluno; Enf. do serviço; Enf. Coop.	O enf. chefe chamou a atenção do aluno na passagem de turno por não ter feito avaliação hemodinâmica a um doente desequilibrado. O aluno não aceitou a fundamentação dada.	O aluno retorquiu soberbamente que não considerava importante proceder à avaliação hemodinâmica.	O aluno desrespeitou a hierarquia e não acatou as ordens. Na avaliação do aluno, não foi valorizada a informação dada pelos enfermeiros do serviço.	O enf. coop. fundamentou a exigência e corrigiu a situação recomendando que para a próxima seja correcto.	Sem registo.	O enf. coop. refere que não pretende dar opinião sobre a supervisão em ensino clínico.	N	CE8
"Regresso ao passado."	Aluno; Enf. Chefe; Enf. Coop.	Aluno que por orientação da enf. chefe ia limpar os vidros de separação de uma enfermaria, sendo interceptado pelo enf. coop.	Os alunos e profissionais têm muitas dúvidas relativamente aos seus conteúdos funcionais. Os enf. coop. deveriam colaborar na programação dos cursos.	Por parte dos outros enfermeiros houve indiferença, contudo agudizou o conflito entre o enf. coop. e o enf. chefe. Sugere que deveria haver mais aproximação entre os profissionais das escolas e dos serviços.	Informou a aluna que se fizesse tal actividade iria ter nota negativa.	Sem registo.	O ensino clínico continua cada vez mais desfasado da realidade.	N	CE9
"A figura de urso que o enfermeiro cooperante faz!!!"	Aluna; Docente; Enf. Chefe; Enf. Coop.	Avaliação de uma aluna no fim do estágio, sem ser valorizada a opinião da enf. coop.	A docente refere que no final ela é que atribui a nota.	A enf. cooperante sentiu-se frustrada e enganada pela enf. chefe e docente.	Falou com a docente e explicou tudo. Posteriormente reflectiu nesta situação com a chefe e a docente. Decidiu não supervisionar mais alunos em ensino clínico.	Sem registo.	Necessidade imperiosa de formação em supervisão.	N	CE10

N.º → Número de Ordem atribuído às Narrações de Episódios Significativos.

INTERV. → Interventores no Episódio Significativo.

V. → Valorização dada ao Episódio (N – Negativa; P – Positiva).

Continuando a analisar o Quadro II, podemos constatar que a 24 (80%) das narrações de episódios significativos atribuímos valoração negativa (N); a 5 (16,67%) atribuímos valoração positiva (P) e a 1 (3,33%) atribuímos valoração negativa e positiva simultaneamente.

O episódio significativo ao qual atribuímos valoração negativa e positiva simultaneamente refere-se às atitudes do aluno perante um utente que acabou de morrer (AE1), fazendo comentários incorrectos perante a família, os quais foram entendidos pelo enfermeiro cooperante como negativos. No entanto, o enfermeiro considera que foi positiva a relação supervisiva que posteriormente estabeleceu com este aluno.

Os episódios de valoração positiva incidem na aprendizagem que se realiza em ensino clínico (2), no profissionalismo demonstrado pelos alunos na prestação de cuidados (2) e na importância da orientação do enfermeiro cooperante para o ensino ao doente (1). Os enfermeiros cooperantes referem que é positiva a aprendizagem em ensino clínico, quer para os alunos quer para a equipa de enfermagem, derivada da formação em serviço realizada pelos alunos de enfermagem (BE1) e derivada da reflexão crítica de erros ocorridos durante o ensino clínico (AE2). Julgam importante o desempenho do aluno na prestação de cuidados de enfermagem em equipa, reconhecendo o seu profissionalismo nalguns casos (AE3, BE2). A orientação, dada pelo enfermeiro cooperante, para a relação de ajuda/esclarecimento entre aluno e doente é entendida como importante e positiva para o fortalecimento da relação supervisiva (BE7).

Os episódios aos quais atribuímos valoração negativa incidem maioritariamente em acontecimentos ocorridos na prestação de cuidados de Enfermagem (7). A avaliação é referida como situação problemática no Ensino clínico (4). Os restantes episódios significativos referem-se a: orientação em ensino clínico (3), atitudes agressivas (3), autonomia (2), morte (2), relação (2) e acusação infundada (1).

Depois desta análise podemos concluir que os episódios, na sua globalidade (independentemente da valoração negativa ou positiva), se desenvolvem a partir de variadas temáticas:

- Prestação de cuidados de Enfermagem pelo aluno (9)
- Avaliação (4)
- Orientação de alunos (4)
- Morte (3)

- Agressão (3)
- Aprendizagem (2)
- Autonomia (2)
- Relação (2)
- Acusação infundada (1)

Os enfermeiros cooperantes narraram episódios significativos na sua maioria relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem pelo aluno (30,00%) sendo a grande maioria destes de valoração negativa. Também deram realce à avaliação e à orientação em ensino clínico (26,66%), pelo que poderemos concluir que são duas questões significativas para os Enfermeiros Cooperantes.

De realçar duas temáticas que, na opinião dos enfermeiros cooperantes, são graves: a morte e a atitude e comportamentos irresponsáveis dos alunos perante esta etapa terminal da vida (10,00%). As atitudes agressivas que surgem em contexto de ensino clínico são também referidas interferindo na aprendizagem do aluno e nas relações intrainstitucionais (10,00%).

Analisando o Quadro II relativamente às áreas temáticas enunciadas, facilmente verificamos que a área temática “condições de trabalho” aparece pouco representada, pois 20 enfermeiros cooperantes (66,67%) não fazem qualquer referência às condições que têm para exercer a Supervisão.

Deste número podemos concluir que a maioria dos enfermeiros cooperantes não atribuíram valorização às condições de trabalho para a supervisão, ou não se quiseram pronunciar sobre elas.

Provavelmente este resultado prende-se com o facto de, no guião de narração de episódios significativos, não termos solicitado directamente ao enfermeiro cooperante que comentasse as suas condições de trabalho para exercer a supervisão.

Da análise do referido quadro verificámos que todos os enfermeiros cooperantes, excepto um, referem estratégias supervisivas em ensino clínico.

Esta situação é compreensível pois o enfermeiro cooperante não se limitou à descrição do episódio significativo, mas descreveu as estratégias que adoptou (isoladamente ou com outros) para a resolução da situação problema.

A Relação em contexto supervisivo é referida por 17 enfermeiros cooperantes, pelo que podemos concluir que estes atribuem significativa importância às relações interpessoais e interinstitucionais que se estabelecem em ensino clínico.

Estes resultados globais envolvem diversas questões: Que estratégias supervisivas são mais representadas? Que competências estão mais presentes? Que dificuldades são mais evidentes? Como encaram os enfermeiros cooperantes o seu papel de supervisor?

Tentaremos de seguida responder a estas questões a partir da análise de conteúdo de cada área temática. Como foi referido anteriormente, elaboraram-se categorias, sub-categorias e indicadores de forma a facilitar a interpretação e discussão dos resultados.

## **2.1 - Desenvolvimento de Competências em Ensino Clínico de Enfermagem.**

Como referido anteriormente, definiu-se competência como acção (acto; actividade) resultante da mobilização reflectida e eficaz de saberes numa situação inerente ao ensino clínico.

Esta área temática foi sub-dividida em desenvolvimento de competências do aluno; do Enfermeiro Cooperante e do docente, visto que, nas narrações dos episódios significativos, surgiram diversas referências ao desenvolvimento de competências nestes três “actores” do ensino clínico de enfermagem.

Começamos pela análise das competências do aluno.

### **Desenvolvimento de competências no aluno em ensino clínico de enfermagem.**

Elaboraram-se as seguintes categorias de análise:

- Cognitivas;
- Comunicacionais;
- Atitudinais;
- Técnicas.



As categorias identificadas, e que mais à frente serão explicitadas, foram estabilizadas a partir das várias leituras das narrações dos episódios significativos, de forma a abrangerem todas as unidades de registo desta área temática.

A apresentação das categorias, subcategorias e indicadores bem como uma unidade de registo exemplificativa, referentes a este tema de análise encontram-se no Quadro III.

**QUADRO III – Desenvolvimento de Competências no aluno em Ensino Clínico.**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
<b>COGNITIVAS</b>	<b>Domínio de conceitos e métodos específicos</b>	Integração de conhecimentos teóricos na prática profissional	<i>“Estando acompanhada por um aluno do 3º ano, estágio final, pedi-lhe para preparar o material para a algáliação, tendo ele referido que não sabia, pois nunca tinha algaliado.”</i>	CE5	9	7
		Identificação das necessidades do utente/família/grupo	<i>[O aluno] “ (...) não considerava importante proceder a avaliação hemodinâmica no seu turno e, que se o tivesse feito, teria também obrigação em proceder a avaliação dos restantes doentes.”</i>	CE8	2	2
	<b>Capacidade de resolução de problemas</b>	Tomada de decisão	<i>“ (...) foi uma vivência inesperada e muito importante para ele [O aluno] como futuro profissional, por se constituir muito rica em relação à tomada de decisão e desenvolvimento de competências nesta fase da sua preparação. E foi uma experiência que agarrou com êxito.”</i>	AE3	2	1
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				13	10
<b>COMUNICACIONAIS</b>	<b>Desenvolver competências interpessoais e sociais</b>	Relação empática	<i>“ (...) disserem que foi neste «estágio» que mais aprenderam sobre a relação de ajuda e empatia, quer pela nossa ajuda (...) como também pela aprendizagem da capacidade de se colocar no lugar do outro.”</i>	BE9	3	3
		Adaptação da linguagem	<i>“Durante este episódio, a aluna tentou utilizar uma linguagem acessível de forma a mãe compreender e assimilar melhor tudo o que lhe era ensinado, concretamente a administração de vitaminas.”</i>	CE2	2	1

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
	Aplicação do processo de Enfermagem	Colheita de dados	“(…) a aluna orienta a sua colheita de dados, não com o objectivo que eu como enfermeiro cooperante pretendia, no sentido de poder estabelecer uma acção terapêutica (…)”	BE3	1	1
		Registos de Enfermagem	“(…) o aluno refere em ocorrências de um doente, alteração hemodinâmica no turno da tarde. Não referindo dados de vigilância sobre esta alteração no turno da noite (…)”	CE8	1	1
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				7	6
<b>ATITUDINAIS</b>	Desenvolvimento de atitudes profissionais	Abertura e disposição para o trabalho em equipa	“(…) foi um elemento importante no trabalho em equipa, para a continuidade de cuidados.”	AE3	2	2
		Responsabilidade pessoal e profissional	“(…) é frequente haver doentes com necessidade de aspiração de secreções brônquicas e os alunos perante a advertência e urgência de aspirar, respondem: «amanhã aspiro porque hoje já fiz».”	CE1	7	6
		Envolvimento emocional	[A aluna] “(…) envolvia-se demasiado com o utente «quase chorando», «muito emocionada» e o seu discurso prendia-se mais com «coitadinho», (...) quase esquecendo que era a enfermeira.”	BE3	2	2
		Aceitação das dificuldades	“No desempenho, alertado para as dificuldades técnicas notadas, troca iniciativa e dinamismo.”	CE1	1	1
	Capacidade crítica	Aceitação acrítica	“(…) aceitou pacificamente a resposta do enfermeiro de referência, que não valoriza a situação.”	AE5	2	1
		Participação na avaliação do ensino clínico	[Na reunião de avaliação] “(…) fundamentei a exigência e corriji a situação recomendando que para a próxima seja correcto. [O aluno] Não aceitou a fundamentação dada (…).”	CE8	2	2
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				16	14
<b>TÉCNICAS</b>		Cumprimento de normas e critérios do serviço	“(…) logo iniciou os procedimentos que eu reparei não estarem de acordo com o preconizado pela equipa do serviço.”	AE10	1	1
		Competências motoras, de destreza e habilidades manuais	“Tentou puncioná-lo, mas as mãos tremiam-lhe, pelo que foi impossível ter êxito.”	BE10	2	2

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
		Planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas	-----	----	----	----
<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>					3	3
<b>TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA</b>					39	33

A análise do Quadro III referente à área temática “Desenvolvimento de Competências no aluno em Ensino Clínico de Enfermagem” revela que a categoria que acumula a maioria das unidades de registo é a “Atitudinais” (16), seguida da categoria “Cognitivas” (13). As duas categorias restantes, “Comunicacionais” e “Técnicas”, apresentam 7 e 3 unidades de registo, respectivamente.

Destes valores emergentes poder-se-á concluir que os enfermeiros cooperantes valorizam, no aluno, o desenvolvimento de competências atitudinais e a mobilização de competências cognitivas para a prestação de cuidados.

A categoria “**Cognitivas**” é entendida como a aquisição de conhecimentos para a mobilização reflectida de saberes que antecipam e fundamentam a acção.

Analizando o Quadro III, verifica-se que a categoria em questão resulta da ligação do domínio de conceitos e métodos específicos aliado à capacidade de resolução de problemas. Contudo, é o domínio de conceitos e métodos específicos a vertente mais referida pelos enfermeiros cooperantes, com 11 unidades de registo, relativamente à capacidade de resolução de problemas (2 unidades de registo). Quanto ao domínio de conceitos e métodos específicos, é entendido como fundamental pelos enfermeiros cooperantes a integração de conhecimentos teóricos na prática profissional, pois a transferência dos conhecimentos teóricos para a prática permite uma maior confiança e segurança na prestação de cuidados (AE8). No entanto, os enfermeiros cooperantes referem que os alunos de enfermagem não se encontram preparados teoricamente para enfrentar a prática clínica (CE4, CE9), chegando mesmo a narrar, nos episódios significativos, situações de erro (BE5, BE6) ou de falta de fundamentação para a prestação de cuidados de enfermagem (3xCE5, CE6).

*“ (...) o aluno (...) administrou uma vacina que já tinha sido inoculada e somente era necessária a sua administração +/- 4 anos após a 1ª dose (...) pensava que era do conhecimento dos estudantes do ensino clínico a «regra básica – medicamento certo, hora certa, dose certa.»” – BE5*

*“A referida aluna pegou no bebé Y, (que nem lhe estava distribuído), e sem qualquer cuidado preparava-se para administrar biberão (com leite materno) errado e medicação errada.” – BE6*

*“Do ponto de vista teórico, o aluno estava pouco preparado (...) fiquei com a noção que ele não sabia o que estava a fazer.” [Aluno a algaliar o doente] – CE5*

*“A aluna não soube responder à questão colocada, e de seguida teve uma crise de choro.” – CE6*

Para a identificação das necessidades do utente/família/grupo é necessário que o aluno domine conceitos e métodos específicos de forma a ter presente quais os dados que deve colher aquando da avaliação do estado do doente e quais as intervenções de enfermagem que deve planear e executar. Os enfermeiros cooperantes referiram este aspecto de forma negativa, afirmando que os alunos não valorizam o estado dos doentes, negligenciando os cuidados de que estes necessitam (AE5, CE8).

*“ (...) preocupada pela atitude pouco responsável da aluna X. (...) atendeu à vontade de um doente que se encontrava desorientado.” – AE5*

[O aluno] *“ (...) não considerava importante proceder a avaliação hemodinâmica no seu turno e, que se o tivesse feito, teria também obrigação em proceder a avaliação dos restantes doentes.” – CE8*

A capacidade de resolução de problemas foi outro aspecto referido durante a narração de episódios significativos, acumulando 2 unidades de registo. Na análise dos episódios verifica-se que apenas um dos enfermeiros cooperantes (AE3) refere que é muito importante a tomada de decisão para a resolução de problemas, nomeadamente em situações imprevistas em que o aluno tem que analisar a situação para poder aprender com estas experiências. Para a resolução de problemas, além da iniciativa, o aluno necessita de mobilizar todas as suas competências cognitivas para a tomada de

decisão. De referir que, relativamente a este aspecto, nenhum dos enfermeiros referiu qual ou quais as reacções do aluno a estas situações problema e/ou experiências vividas.

Apesar das diversas referências, durante as narrações dos episódios significativos, à Enfermagem e aos seus objectivos, não se encontrou nenhum registo referente à importância da assimilação dos objectivos da enfermagem pelos alunos para um desenvolvimento da consciência profissional.

Sumariamente, e numa tentativa de resumo, podemos constatar que, para o desenvolvimento de competências cognitivas, os enfermeiros consideram fundamental que os alunos apliquem conhecimentos teóricos na prática profissional. Contudo, é preocupante para alguns aperceberem-se de que isso não é conseguido. A identificação das necessidades pela avaliação do utente e a tomada de decisão perante esta avaliação, parecem ter igualmente importância para um enriquecimento do aluno.

Prosseguindo com a leitura do Quadro III, analisa-se a categoria “**Comunicacionais**”, que se entende como comportamentos verbais e não verbais que, para além de meio de comunicação, estabelecem uma interacção que influencia o desempenho profissional.

A comunicação, para além de desenvolver competências interpessoais e sociais (5 unidades de registo), é também uma das ferramentas utilizadas na aplicação do processo de enfermagem (2 unidades de registo). Dado que a maioria das situações com que os alunos se defrontam são delicadas, é posta aqui em prática a sua capacidade de transmitir o seu humanismo e de desenvolver a sua dimensão afectiva relativamente aos intervenientes do contexto. Para tal, os alunos necessitam de desenvolver competências comunicacionais aprendendo a relacionar-se com os utentes e com os profissionais empaticamente (AE2, AE8, BE9). Outra das competências que foi referida pelos enfermeiros cooperantes diz respeito à capacidade de o aluno adaptar a linguagem científica para o ensino ao utente, não sendo por vezes esta adaptação eficaz (CE2).

*“Um grupo muito bom que desenvolveu competências tanto a nível da relação com a equipa / utente / família como a nível de prestação de cuidados.” – AE8*

*“ (...) dizerem que foi neste «estágio» que mais aprenderam sobre a relação de ajuda e empatia, quer pela nossa ajuda (...) como também pela aprendizagem da capacidade de se colocar no lugar do outro.” – BE9*

*“Durante este episódio, a aluna tentou utilizar uma linguagem acessível de forma à mãe compreender e assimilar melhor tudo o que lhe era ensinado, concretamente a administração de vitaminas.” – CE2*

Relativamente às unidades de registo referentes à aplicação do Processo de Enfermagem, estas distribuem-se de forma equitativa pela Colheita de dados (1) e pelos Registos de Enfermagem (1). Os enfermeiros cooperantes referem que os alunos, ao realizarem a colheita de dados, devem ter como objectivo uma acção terapêutica, não se verificando por vezes este aspecto (BE3). Referem igualmente que, nos registos de enfermagem, omitem dados importantes, como é o caso de alteração hemodinâmica, não permitindo uma sequencialidade na avaliação do estado do doente (CE8).

*“ (...) o aluno refere em ocorrências de um doente, alteração hemodinâmica no turno da tarde. Não referindo dados de vigilância sobre esta alteração no turno da noite (...) ” – CE8*

A categoria “**Atitudinais**” é entendida como manifestação de comportamentos coerentes e congruentes para com a pessoa e os outros.

Esta é a categoria que apresenta um maior número de unidades de registo (16), centrando-se a atenção dos Enfermeiros Cooperantes no desenvolvimento de atitudes profissionais (12 unidades de registo). Pela leitura das narrações dos enfermeiros, apercebemo-nos de que estes consideram ser este o parâmetro que define a personalidade futura de um profissional de saúde competente e consciente. Contudo, a leitura dos testemunhos permite, também, desnovelar uma série de preocupações face aos alunos que, aos olhos dos Enfermeiros Cooperantes, se revelam imaturos e irresponsáveis.

A abertura e disposição para o trabalho em equipa é referenciada pelos enfermeiros cooperantes em dois episódios significativos, sendo este indicador encarado positivamente, o que também significa que os alunos percebem a importância do trabalho em equipa na sua futura profissão (AE3, BE7).

*“O aluno ficou com a noção que a cooperação traz vantagens para o utente e para o seu próprio enriquecimento profissional e pessoal.” – BE7*

A responsabilidade pessoal e profissional são as atitudes mais referenciadas (7). Os enfermeiros narram maioritariamente episódios de irresponsabilidade (6), referindo apenas uma vez que o aluno desenvolveu todo o seu trabalho com profissionalismo (AE3). Da análise das unidades de registo emergem diversas opiniões das atitudes pouco responsáveis do aluno, mostrando-se os enfermeiros cooperantes “chocados” e quase inconformados perante estas situações (AE4, AE7, BE6, CE1, CE5).

*“A formação de base é essencial, a educação, os valores são essenciais. Só me pergunto: mas o que é isto? Onde é que nós estamos? Que alunos são estes? Que futuros profissionais serão estes?” – AE4*

*“ (...) uma ausência injustificada de 6 horas de um estágio. [Da aluna] (...) este episódio era o «culminar» de algumas atitudes/comportamentos menos coerentes da parte desta aluna (desde o início do estágio).” – BE6*

*“ (...) é frequente haver doentes com necessidade de aspiração de secreções brônquicas e os alunos perante a advertência e urgência de aspirar, respondem: «amanhã aspiro porque hoje já fiz».” – CE1*

Ainda referente ao desenvolvimento de atitudes profissionais, emerge o envolvimento emocional, com 2 unidades de registo. É referido pelos enfermeiros cooperantes que os alunos, talvez por alguma insegurança e inexperiência, se envolvem emocionalmente com os doentes, trazendo este envolvimento repercussões negativas para o estabelecimento da relação terapêutica com estes. (BE3, BE10).

*[A aluna] “ (...) envolvia-se demasiado com o utente «quase chorando», «muito emocionada» e o seu discurso prendia-se mais com «coitadinho», (...) quase esquecendo que era a enfermeira.” – BE3*

*“O aluno entrou em «pânico» e, muito nervoso, saiu da sala repentinamente.” [Após não conseguir puncionar um utente] – BE10*

Há ainda uma referência à construção do percurso de evolução profissional, através da aceitação das suas dificuldades e da iniciativa e dinamismo para ultrapassar os obstáculos (CE1).

A capacidade crítica, com 4 unidades de registo, emergiu de alguns relatos de enfermeiros cooperantes que consideram que os alunos de enfermagem deveriam possuir esta capacidade ou desenvolvê-la durante o ensino clínico. No entanto isso não acontece, pois alguns alunos de enfermagem aceitam acriticamente as decisões dos outros, abstendo-se de argumentar mesmo que não concordem com as decisões tomadas relativamente à prestação de cuidados aos utentes (AE5). No entanto, quando chamados a participar na avaliação do ensino clínico, os alunos já criticam as decisões tomadas, quer através do relatório de estágio (AE7), quer nas reuniões de avaliação (CE8).

*“ (...) aceitou pacificamente a resposta do enfermeiro de referência, que não valoriza a situação.” – AE5*

*[Na reunião de avaliação] “ (...) fundamentei a exigência e corriji a situação recomendando que para a próxima seja correcto. [O aluno] Não aceitou a fundamentação dada (...).” – CE8*

A categoria “**Técnicas**” é definida como a aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de tarefas e actividades instrumentais para atingir um objectivo definido previamente, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem (adaptado de Sá-Chaves, 2000:98).

Esta categoria não é dividida em sub-categorias, pois aproxima-se bastante dos indicadores não sendo necessária a sub-categorização. Existem vários indicadores que manifestam a sua importância para o desenvolvimento de competências nos alunos, dado que representa a execução técnica de procedimentos e o seu aperfeiçoamento e adaptação ao indivíduo que os pratica. Esta categoria apresenta 3 unidades de registo, não existindo nenhuma referência ao planeamento de cuidados, estabelecimento de



prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas, o que pode revelar que os Enfermeiros Cooperantes não valorizam a capacidade estratégica dos alunos de enfermagem. Duas destas unidades são atribuídas às competências motoras, de destreza e habilidades manuais, referindo os enfermeiros da amostra que os alunos, perante a necessidade de executar determinado procedimento, por vezes ficam tão nervosos que falham a técnica (BE10) e que só com a repetição e acréscimo de auto-confiança conseguem ultrapassar este obstáculo (BE2).

[O aluno] *“Só com várias práticas é que conseguia executar o procedimento com alguma destreza e sem ansiedade.”* – BE2

*“Tentou puncioná-lo, mas as mãos tremiam-lhe, pelo que foi impossível ter êxito.”* – BE10

Existe ainda referência ao cumprimento de normas e critérios do serviço, que o aluno ignorou completamente, prestando cuidados ao doente tecnicamente incorrectos (AE10).

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que:

- Os enfermeiros cooperantes valorizam, no aluno, sobretudo o desenvolvimento de competências atitudinais e a mobilização de competências cognitivas para a prestação de cuidados.
- A integração de conhecimentos teóricos na prática profissional é entendida como fundamental pelos enfermeiros cooperantes, pois a transferência dos conhecimentos teóricos para a prática permite uma maior confiança e segurança na prestação de cuidados.
- Os enfermeiros cooperantes referem que os alunos de enfermagem não se encontram preparados teoricamente para enfrentar a prática clínica.
- Os alunos não valorizam o estado dos doentes, negligenciando os cuidados de que estes necessitam.
- Para um melhor desenvolvimento de competências no aluno em Ensino Clínico de Enfermagem dever-se-á entrosar a teoria na prática, assim como estimular a sua auto-confiança e determinação.

- Os alunos necessitam de desenvolver competências comunicacionais aprendendo a relacionar-se com os utentes e com os profissionais.
- Os alunos, ao realizarem a colheita de dados, devem ter como objectivo uma acção terapêutica, não se verificando por vezes este aspecto, omitindo dados importantes, não permitindo assim uma sequencialidade na avaliação do estado do doente.
- Os alunos, talvez por alguma insegurança e inexperiência, envolvem-se emocionalmente com os doentes, trazendo este envolvimento repercussões negativas para o estabelecimento da relação terapêutica.
- Alguns alunos de enfermagem aceitam acriticamente as decisões dos outros abstendo-se de argumentar, mesmo que não concordem com as decisões tomadas.
- Os alunos, perante a necessidade de executar determinado procedimento, por vezes ficam tão nervosos que falham a técnica e só com a repetição e acréscimo de auto-confiança conseguem ultrapassar este obstáculo.

**Desenvolvimento de competências no Enfermeiro Cooperante como Supervisor do ensino clínico de enfermagem.**

Elaboraram-se as seguintes categorias de análise:

- Formativas;
- Interpretativas;
- Analíticas e Avaliativas;
- Comunicacionais;
- Técnicas.

Apresentam-se no Quadro IV os resultados que serão analisados no texto seguinte.

**QUADRO IV – Desenvolvimento de Competências no Enfermeiro Cooperante como Supervisor do Ensino Clínico.**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
<b>FORMATIVAS</b>	<b>Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação.</b>	Mobilização e gestão de saberes.	<i>“Penso que precisamos de deixar de ser orientados pelo saber tradicional em que: «sempre se fez assim» ou, pelo saber da autoridade em que alguém (médico ou não), com autoridade: «nos diz que se deve fazer assim».”</i>	CE7	1	1
		Identificação de necessidades	<i>“ (...) cada supervisor deveria saber quais as dificuldades dos alunos para as tentar colmatar.”</i>	BE10	2	2
		Estimulação e motivação da aprendizagem	<i>“O enfermeiro cooperante tem um papel mais activo, marcante e importante no processo de aprendizagem do aluno, no Ensino Clínico. Senti que estava a ajudar alguém a aprender um procedimento.”</i>	BE2	1	1
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				<b>4</b>	<b>4</b>
<b>INTERPRETATIVAS</b>	<b>Leitura da realidade humana e do contexto</b>	Saber experiencial	<i>“Aprendi que as emoções estão presentes em todos os momentos da nossa vida, e o que hoje se sente, pode ser diferente amanhã.”</i>	AE9	5	5
		Responsabilidade	<i>“ (...) daqueles enfermeiros que acham que a formação se deixe para as escolas, abstendo-se do seu papel de formadores.”</i>	AE1	3	3
		Aprendizagem contínua	<i>“ (...) a aprendizagem feita ao longo do tempo nos ensina a gerir os ensinamentos recebidos nas escolas.”</i>	CE4	2	2
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				<b>10</b>	<b>10</b>
<b>ANALÍTICAS E AVALIATIVAS</b>	<b>Desempenho e desenvolvimento</b>	Formação dos alunos	<i>“ (...) reforçou em mim o sentimento de que estamos e devemos formar pessoas, pessoas de uma forma global e não só técnicos”</i>	AE4	4	4
		Atenção	<i>“A falta de confiança que eu tinha no desempenho desta aluna conduziu-me a uma supervisão integral de todos os seus actos, permitindo assim a observação/confirmação deste episódio.”</i>	BE6	2	2

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
		Processo de avaliação do aluno	“Avaliar não se trata de matemática exacta pois avaliamos atitudes, comportamentos, relações interpessoais e comunicação, em que há subjectividade, interferências externas (ambiente, pessoas e afectos) (...)”	CE1	4	3
	Situações	Papel dos Enfermeiros Cooperantes	“ (...) de me ter feito reflectir sobre a importância do papel dos enfermeiros orientadores de estágio na formação de alunos. Hoje teria certamente agido de outra forma.”	AE5	2	2
		Formação em Enfermagem	“ (...) este episódio faz-me reflectir neste aspecto mais obscuro da nossa formação (ou deformação).” [os “novos” enfermeiros são “enfermeiros de secretária e papel”]	AE7	1	1
	TOTAIS DA CATEGORIA					13
COMUNICA- CIONAIS	Comunicação interpessoal	Capacidade de comunicação assertiva	“Ter a consciência de que estamos a formar futuros profissionais, que poderão um dia ter que cuidar de nós, ajuda-me a ter perante eles, e não só, uma atitude cada vez mais responsável, assertiva e profissional.”	AE5	4	3
		Gestão de emoções	“ (...) como nós técnicos de saúde, por ela estar tão presente [A morte], a vivenciarmos de maneira não fria, mas rotineira.”	AE9	3	2
	TOTAIS DA CATEGORIA					7
TÉCNICAS						
	TOTAIS DA CATEGORIA					0
TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA					34	31

A leitura global do Quadro IV da área temática Desenvolvimento de competências no enfermeiro cooperante revela que, num total de 5 categorias, as unidades de registo se distribuem apenas por 4. A que apresenta mais unidades de registo (13) é a categoria respeitante às competências analíticas e avaliativas quer do desempenho e desenvolvimento do aluno, quer de situações relacionadas com o ensino clínico de enfermagem. As restantes categorias oscilam entre as 0 e as 10 unidades de registo.

A categoria “**Formativas**” refere-se à mobilização e gestão de um conjunto de conhecimentos relativos a um domínio ou área científica ou necessários ao exercício de uma actividade, com o objectivo de transmitir conhecimentos, promover o desenvolvimento de capacidades, apoiar e estimular a aprendizagem.

Tal como a palavra indica, “formativo” reporta-se a algo educativo e, no ensino de enfermagem, tem um carácter permanente, pois os actos são ensinados, corrigidos e melhorados no dia-a-dia. Por conseguinte os enfermeiros cooperantes atribuem importância a este parâmetro no decurso do desenvolvimento de competências nos supervisores do Ensino Clínico. A importância parece ser mais ou menos relativa, dado que apenas se encontraram 4 referências nos testemunhos dos enfermeiros cooperantes, que se referem a capacidades que os enfermeiros possuem ou necessitam de desenvolver para o conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação. Os enfermeiros cooperantes, perante o papel de supervisores de ensino clínico, alertam para a necessidade de existir flexibilidade do processo de ensino/aprendizagem, uma vez que este deverá ser recíproco, com mobilização e coordenação de saberes (CE7), não esquecendo que os alunos aprendem, mas também transmitem saberes e necessidades, sendo indispensável a preocupação na identificação destas últimas (BE10). A capacidade de um supervisor em estimular e motivar para a aprendizagem foi também um aspecto referido pelos enfermeiros cooperantes como uma competência importante para quem supervisiona (BE2).

*“Penso que precisamos de deixar de ser orientados pelo saber tradicional em que: «sempre se fez assim» ou, pelo saber da autoridade em que alguém (médico ou não), com autoridade: «nos diz que se deve fazer assim».” – CE7*

*“ (...) cada supervisor deveria saber quais as dificuldades dos alunos para as tentar colmatar.” – BE10*

*“O enfermeiro cooperante tem um papel mais activo, marcante e importante no processo de aprendizagem do aluno, no Ensino Clínico. Senti que estava a ajudar alguém a aprender um procedimento.” – BE2*

O supervisor desenvolve competências “**Interpretativas**”, categoria seguinte do Quadro IV, que foram definidas como a capacidade de observação com o fim de efectuar uma leitura da realidade humana e do contexto, para atribuir um significado e/ou detectar necessidades emergentes.

A interpretação de situações não se reporta só a alguns “actores” (alunos), dado que as “cenas” funcionam como imagem de uma vivência que integra todos os intervenientes (alunos, enfermeiros cooperantes, docentes, ...). Como tal, quem supervisiona alunos, também tem que se auto-supervisionar, e tal como observa e interpreta as acções dos alunos, também sente necessidade de interpretar as suas próprias acções. Com 10 unidades de registo, a categoria em análise assume um papel importante no estudo desta área temática. O saber experiencial é o indicador mais encontrado nos testemunhos dos enfermeiros cooperantes (5 unidades de registo), tendo aqui Camões a sua razão quando refere “*saber de experiências feito*”. Os enfermeiros cooperantes referem que a aprendizagem é, em grande medida, experiencial (AE1, AE7, AE9), e que a vivência dos episódios significativos narrados os valorizou a nível pessoal e profissional (AE5). Na realidade, só através da experiência os enfermeiros aprendem a ultrapassar os obstáculos que lhe vão surgindo no seu dia-a-dia, o que não acontece com os alunos pela sua insegurança em contexto de trabalho (AE10).

*“(... )a vivência deste episódio me valorizou a nível pessoal e profissional.” – AE5*

*“O que pode parecer uma vivência simples de ultrapassar entre profissionais pode revestir-se de sentimentos de desconfiança e insegurança para o aluno.” – AE10*

Como supervisores, carregam a responsabilidade do papel que assumem, e com 3 unidades de registo, esse indicador parece ser marcante. A responsabilidade dos enfermeiros cooperantes começa por estes assumirem os seus erros (BE6) e aprenderem com eles. Outra forma de aprendizagem é através da formação em serviço, sendo, em alguns casos, os enfermeiros cooperantes os seus responsáveis (BE1). No entanto nem todos os enfermeiros se sentem responsáveis pela formação em ensino clínico, abstendo-se do seu papel e delegando esta competência para as Escolas (AE1).

*“ (...) daqueles enfermeiros que acham que a formação se deixe para as escolas, abstendo-se do seu papel de formadores.” – AE1*

*“ (...) porque errar é humano, assumir os nossos erros, na nossa profissão é essencial.” – BE6*

No aperfeiçoamento desta “cena de palco” está o trabalho contínuo dos “actores”, e a repetição e investigação são um exercício de aprendizagem contínua que também é tido em conta nesta categoria, com 2 unidades de registo (CE4, CE7).

*“ (...) a aprendizagem feita ao longo do tempo nos ensina a gerir os ensinamentos recebidos nas escolas.” – CE4*

*“O nosso saber tem que vir da investigação da prática profissional.” – CE7*

A categoria **“Analíticas e Avaliativas”** refere-se à observação e estudo pormenorizado realizados pelo enfermeiro cooperante, com o objectivo de verificar a progressão do desempenho dos alunos expressando juízos de valor e proporcionando *feedback* formativo.

O desenvolvimento da competência analítica/avaliativa parece ser importante para os enfermeiros cooperantes dado que apresenta 13 unidades de registo. Esta decompõe-se em duas vertentes: desempenho e desenvolvimento (10) e análise e avaliação de situações (3). Os testemunhos revelam que o enfermeiro cooperante, no acto de introspecção, analisa e avalia, tendo presente os seus alunos e as situações que são inerentes ao seu papel. Na análise e avaliação do desempenho e desenvolvimento, é possível denotar que os processos de formação e de avaliação dos alunos constituem maior preocupação para os enfermeiros cooperantes (4 unidades de registo para cada) do que propriamente as atitudes do aluno e a consequente atenção que o supervisor necessita dispensar (2 unidades de registo), talvez pela natureza interpretativa, subjectiva, desta última. A formação dos alunos é encarada pelos enfermeiros cooperantes como uma missão de muita responsabilidade (CE7, BE7), que requer compreensão da existência de reciprocidade e fluxo de informação entre os supervisores e os alunos (BE5), tendo como objectivo formar profissionais humanizados (AE4). Na

formação em ensino clínico o enfermeiro cooperante deve realizar constantemente uma análise e avaliação da atenção dispensada, perante as atitudes dos alunos (AE5, BE6).

*“ (...) reforçou em mim o sentimento de que estamos e devemos formar pessoas, pessoas de uma forma global e não só técnicos” – AE4*

*“Fazendo agora uma reflexão sobre este episódio, considero que tive uma atitude correcta e educativa com a aluna X.” – AE5*

*“A falta de confiança que eu tinha no desempenho desta aluna conduziu-me a uma supervisão integral de todos os seus actos, permitindo assim a observação/confirmação deste episódio.” – BE6*

O processo de avaliação do aluno não é fácil (BE8), pelo que o enfermeiro cooperante deve reflectir de uma forma mais profunda nas questões de avaliação de alunos (AE5, BE8) e nos factores que a influenciam (CE1).

*“Avaliar não se trata de matemática exacta pois avaliamos atitudes, comportamentos, relações interpessoais e comunicação, em que há subjectividade, interferências externas (ambiente, pessoas e afectos) (...)” – CE1*

Esta categoria preocupa especialmente os enfermeiros cooperantes, como demonstram os seus testemunhos, dado que a tarefa de analisar/avaliar não é fácil, pois esta é de índole altamente complexa (qualitativa e quantitativa), sendo uma responsabilidade acrescida sobre os que são “obrigados” a realizá-la.

A segunda vertente presente nesta categoria é possivelmente mais profunda. Analisar/avaliar situações carrega a responsabilidade de arbitrar introspectivamente os papéis dos intervenientes e discernir conclusões úteis de futuro (AE5, AE9). Daí que a dimensão desta vertente seja mais racional, na medida em que é fundamental a análise do papel dos Enfermeiros Cooperantes na sua globalidade (2 unidades de registo) e do processo de Formação em Enfermagem (1 unidade de registo) por eles próprios (AE7).



*“ (...) de me ter feito reflectir sobre a importância do papel dos enfermeiros orientadores de estágio na formação dos alunos. Hoje teria certamente agido de outra forma.” – AE5*

*“ (...) este episódio faz-me reflectir neste aspecto mais obscuro da nossa formação (ou deformação).” [os “novos” enfermeiros são “enfermeiros de secretária e papel”] – AE7*

A categoria **“Comunicacionais”**, como referido anteriormente, relaciona-se com comportamentos verbais e não verbais que, para além de meio de comunicação, estabelecem uma interacção que influencia o desempenho profissional.

A comunicação interpessoal assume papel de realce em qualquer processo de ensino/aprendizagem, pelo que não poderia ser excepção no ensino clínico, sendo também constatado pelas unidades de registo desta categoria (7). A capacidade de comunicação assertiva destaca-se com 4 unidades de registo. Espelha assim a importância conferida pelos enfermeiros cooperantes à comunicação baseada em atitudes e comportamentos que permitem afirmar-se social e profissionalmente sem violar os direitos dos outros. Para os enfermeiros cooperantes a interpretação do seu desempenho comunicativo é o reflexo de como compreendem a importância do seu esforço e auto-determinação para a formação dos novos enfermeiros (2xAE5, BE6, CE6). A gestão de emoções (que variam com o indivíduo) também faz parte do processo de aprender a comunicar (3 unidades de registo), dado que há necessidade de compreender determinadas posturas inerentes à profissão (2xAE9), dialogando sobre as mesmas, debatendo-as e, por vezes, realizando uma auto-reflexão sobre a comunicação interpessoal (AE1).

*“ (...) talvez, a forma de questionar a aluna não tivesse sido a mais apropriada, por não ter tido em consideração as características psicológicas da discente.” – CE6*

*“A aprendizagem pessoal situou-se sobretudo a nível das relações interpessoais, de tudo o que eles exigem de nós enquanto seres humanos e profissionais de saúde (enfermeiros) na primeira linha de contacto com a morte.” – AE1*

A categoria “**Técnicas**” é desprovida de qualquer atenção nas narrativas dos enfermeiros cooperantes sobre o desenvolvimento das suas competências.

Tal como no desenvolvimento de competências nos alunos, definimos a categoria “Técnicas” como a aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de tarefas e actividades instrumentais para atingir um objectivo definido previamente, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem (adaptado de Sá-Chaves, 2000:98).

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que os enfermeiros cooperantes:

- Atribuem importância às capacidades que os enfermeiros possuem ou que necessitam de desenvolver para o conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação, nomeadamente:
  - Flexibilidade no processo ensino/aprendizagem;
  - Capacidade de identificar as necessidades dos alunos;
  - Capacidade de estimular e motivar para a aprendizagem.
- Além da observação e interpretação das acções dos alunos, também têm que ser capazes de se auto-supervisionar, necessitando para tal de desenvolver:
  - A capacidade de aprendizagem que é, em grande medida, experiencial e contínua;
  - A reflexão sobre a vivência dos episódios para valorização a nível pessoal e profissional;
  - A responsabilidade, assumindo os seus erros e o seu papel na formação em ensino clínico.
- No acto de introspecção, necessitam de ter a capacidade de análise e avaliação:
  - Do desempenho e desenvolvimento dos processos de formação e de avaliação dos alunos.

- Das suas atitudes e das do aluno;
  - Dos factores que influenciam a avaliação;
  - De situações relacionadas com o papel dos enfermeiros cooperantes e com o processo de formação em enfermagem.
- Atribuem importância à capacidade de comunicação assertiva como contributo para a formação dos novos enfermeiros.
  - Consideram a gestão de emoções como uma competência desenvolvida ou a desenvolver para melhorar a comunicação interpessoal.
  - Não se referiram ao desenvolvimento de competências técnicas.

Desenvolvimento de competências no Docente como Supervisor do ensino clínico de enfermagem.

Para o docente como supervisor do ensino clínico mantiveram-se as mesmas categorias de análise:

- Formativas;
- Interpretativas;
- Analíticas e Avaliativas;
- Comunicacionais;
- Técnicas.

Apresentamos de seguida o Quadro V que resume os resultados encontrados, que serão analisados posteriormente.

**QUADRO V – Desenvolvimento de Competências no Docente como Supervisor do Ensino Clínico.**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
FORMATIVAS	Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação	Mobilização e gestão de saberes	[Os docentes] “Não conseguem relacionar os conteúdos teóricos com as práticas.”	BE2	5	2
		Identificação de necessidades	“Os professores das Escolas têm um conhecimento prévio da personalidade de cada aluno;”	CE6	3	3
		Estimulação e motivação da aprendizagem	“Quando fica na memória o nome de quem nos ensinou a pensar e de quem nos ensinou a fazer esse é o professor por excelência!”	CE3	1	1
	TOTAIS DA CATEGORIA				9	6
INTERPRETA-TIVAS	Leitura da realidade humana e do contexto	-----	-----	----	----	----
	TOTAIS DA CATEGORIA				0	0
ANALÍTICAS E AVALIATIVAS	Desempenho e desenvolvimento	Orientação	“ (...) foi a única maneira de alertar os docentes, para a situação grave que esta aluna estava a passar e sobre a qual estavam «alheios».”	BE6	1	1
		Processo de avaliação do aluno	“Os professores são mais perspicazes na verificação dos conhecimentos dos alunos do que os enfermeiros cooperantes.”	CE6	2	1
		Abertura	[Discussão de novas formas de abordagem e resolução] “ (...) isto infelizmente não se passa com todos os professores.”	BE9	1	1
	Situações	-----	-----	----	----	----
	TOTAIS DA CATEGORIA				4	3
COMUNICA-CIONAIS	Comunicação interpessoal	-----	-----	----	----	----
	TOTAIS DA CATEGORIA				0	0
TÉCNICAS		Nível de actualização	[Orientações para determinadas intervenções de Enfermagem] “ (...) em determinada altura as orientações por ela [Docente] dadas eram correntes, mas presentemente já não era assim.”	AE10	2	2
	TOTAIS DA CATEGORIA				2	2
TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA					15	11

Os Enfermeiros Cooperantes julgam que para os docentes assumirem a responsabilidade como supervisores do ensino clínico devem aplicar ou desenvolver as competências “**Formativas**”, “**Analíticas e Avaliativas**” e “**Técnicas**”. Não surgiram narrações relativamente às “**Interpretativas**” e “**Comunicacionais**”. Os totais das Unidades de registo nesta área temática são de 15, distribuídas desequilibradamente pelas três categorias aqui consideradas: 9 unidades de registo para a “Formativas”, 4 para a “Analíticas e Avaliativas” e 2 para a “Técnicas”.

A categoria “**Formativas**” abrange, tal como no desenvolvimento de competências do enfermeiro cooperante, a mobilização e gestão de um conjunto de conhecimentos relativos a um domínio ou área científica ou necessários ao exercício de uma actividade, com o objectivo de transmitir conhecimentos, promover o desenvolvimento de capacidades, apoiar e estimular a aprendizagem.

Poder-se-á dizer que existem algumas críticas desfavoráveis, nomeadamente quanto à mobilização e gestão de saberes, uma vez que os docentes são apontados por não coordenarem os conteúdos programáticos com as práticas, ou por não possuírem a destreza exigível para a prática de cuidados. Este indicador assume relevância notória com 5 unidades de registo nesta categoria. Os enfermeiros cooperantes referem que os conhecimentos teóricos dos docentes estão desfasados da prática (2xBE2, 2xCE3), evadindo-se grande parte das vezes do esclarecimento de dúvidas do aluno (CE3).

[Os docentes] “*Não conseguem relacionar os conteúdos teóricos com as práticas.*” – BE2

“*Confidência do aluno: «Eu acho que o professor... não a sabe fazer!»*  
[Avaliação da escala de Glasgow] – CE3

Relativamente equilibrados encontram-se os indicadores identificação de necessidades (3) e estimulação e motivação da aprendizagem (1). No primeiro indicador um enfermeiro cooperante acredita que os docentes, por contacto prévio com os alunos, se encontram em vantagem para definir as necessidades destes, conseguindo seleccionar a melhor metodologia, estratégia e conteúdos de formação (CE6).

Contrariamente, os restantes dois enfermeiros, referem que os orientadores de estágio não vêem o aluno de forma holística (BE10) e que atitudes permissivas por parte destes podem influenciar o futuro enfermeiro que está em formação. No segundo indicador os enfermeiros cooperantes identificam o verdadeiro docente, como aquele que ensina a pensar e a fazer (CE3).

*“Os professores das Escolas têm um conhecimento prévio da personalidade de cada aluno;” – CE6*

*“Quando fica na memória o nome de quem nos ensinou a pensar e de quem nos ensinou a fazer esse é o professor por excelência!” – CE3*

Na categoria **“Analíticas e Avaliativas”** foram incluídas todas as unidades de registo referentes à observação e estudo pormenorizado realizados pelo docente, com o objectivo de verificar a progressão do desempenho dos alunos expressando juízos de valor.

A referida categoria soma um total de 4 unidades de registo distribuídas apenas pela sub-categoria desempenho e desenvolvimento, sendo por conseguinte ignorada nos relatos a sub-categoria relativa à análise e avaliação de situações.

Para que ocorra avaliação e análise do desempenho e desenvolvimento dos intervenientes no ensino clínico, os docentes, segundo a perspectiva dos enfermeiros cooperantes, têm de orientar os alunos (1 unidade de registo). Pela referência do enfermeiro cooperante os docentes por vezes encontram-se alheados das situações dos alunos (BE6), havendo necessidade de recorrer às informações dos enfermeiros cooperantes em ensino clínico. O processo de avaliação do aluno (2 unidades de registo) pelo docente revela-se fulcral, no entender dos enfermeiros cooperantes, uma vez que aqueles assumem um papel preponderante e eficaz (2xCE6). A abertura (1 unidade de registo) dos docentes à discussão com os enfermeiros cooperantes é um elemento útil ao melhoramento de novas formas de abordagem no ensino clínico, pois permitirá a troca de experiências, expectativas e realidades, o que infelizmente não se passa com todos os docentes (BE9).

*“ (...) foi a única maneira de alertar os docentes, para a situação grave que esta aluna estava a passar e sobre a qual estavam «alheios».” – BE6*

*“Os professores são mais perspicazes na verificação dos conhecimentos dos alunos do que os enfermeiros cooperantes.” – CE6*

A definição da categoria **“Técnicas”**, já foi referida anteriormente na análise do Quadro IV, sobre o desenvolvimento de competências no enfermeiro cooperante.

Ao analisar o Quadro V, verificamos que nesta categoria, com 2 unidades de registo, emerge a dificuldade com a qual os docentes esbarram quando, por leccionarem determinados conteúdos, se afastam da evolução real praticável nos estágios, não proporcionando a estimulação e motivação de aprendizagens correntes (AE10). Os enfermeiros afirmam que se deve exigir ao docente competência própria para cada serviço onde ocorre ensino clínico, pois existe uma desactualização na prática (CE3).

*“Deve exigir-se ao professor do ensino clínico a competência própria para o campo de estágio (...)” [desactualização prática] – CE3*

As categorias **“Interpretativas”** e **“Comunicacionais”** são desprovidas de qualquer atenção nas narrativas dos enfermeiros cooperantes.

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que:

- Os docentes são apontados por não coordenarem os conteúdos programáticos com as práticas, ou por não possuírem a destreza exigível para a prática de cuidados.
- Os orientadores de estágio não vêem o aluno de forma holística e as atitudes permissivas por parte destes podem influenciar o futuro enfermeiro que está em formação.

- Os docentes, por contacto prévio com os alunos, encontram-se em vantagem para definir as necessidades destes, conseguindo seleccionar a melhor metodologia, estratégia e conteúdos de formação.
- Os docentes, por vezes, encontram-se alheios às situações dos alunos, havendo necessidade de recorrer às informações dos enfermeiros cooperantes em ensino clínico.
- O processo de avaliação do aluno pelo docente revela-se fulcral no entender dos enfermeiros cooperantes, uma vez que aqueles assumem nesse processo um papel preponderante e eficaz.

## **2.2 – Relação em contexto de supervisão em Ensino Clínico**

Lembramos, que definimos Relação como: conexões e influências que se estabelecem intra, interpessoal e interinstitucionalmente, cujo significado essencial é o estar-com, com intencionalidade formativa. Implica também a relação que alunos, docentes e enfermeiros cooperantes estabelecem com os doentes e que constitui também uma componente formativa.

Elaboraram-se as seguintes categorias de análise:

- Relação Interpessoal;
- Relação Intrapessoal;
- Relação Interinstitucional.

Como anteriormente, apresentam-se no Quadro VI o resumo resultante da análise de conteúdo, que será alvo de comentários.



QUADRO VI – Relação em contexto de Supervisão em Ensino Clínico.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
RELAÇÃO INTERPES-SOAL	Enfermeiro Cooperante ↔ Aluno	Apoio	“ (...) notei, aquando da distribuição dos doentes no plano de trabalho dos alunos, uma certa agitação por parte deste aluno quando constatou que aquele doente lhe tinha sido atribuído. Quando o doente faleceu, entrou numa crise de choro e ansiedade precisando do meu apoio e do docente.”	AE9	4	4
		Traição	“O aluno ter-se-á sentido traído pela profissional do serviço, não tendo conseguido encontrar uma justificação credível para a sua situação [reprovação no ensino clínico] (...) O aluno mostrou-se muito insatisfeito.”	AE6	1	1
		Omissão	“Fiquei admirada e estupefacta como podia isto estar a acontecer e os alunos não referenciarem este facto mais cedo. (...) É importante também que o aluno saiba que quem supervisiona também é amigo”	AE8	3	3
		Violência/ Agressividade	“Este sorria-se. Chamei à atenção do aluno de uma forma (penso) algo violenta sobre a sua atitude perante o doente falecido. (...) Pensei que decerto fui ainda mais violento! Retirei-me e não voltei a falar disso nesse dia. Ao fim de 2 dias veio falar comigo e pediu-me desculpa pelo que fez na sala de reanimação.”	BE4	2	2
		Conhecimento do outro	“Este episódio contribuiu para que aprendesse a comunicar melhor com os alunos, tendo em consideração as características psicológicas de cada um (...)”	CE6	2	2
		Arrogância	[O aluno] “ (...) foi questionado sobre o facto pela enfermeira, tendo retornado soberbamente (...)”	CE8	1	1
	Enfermeiro Coop. ou aluno e/ou doente	Companheirismo	“ (...) os enfermeiros são os «viajantes» do ciclo de vida dos utentes. «Viajantes» no sentido de companheiros de momentos muito especiais e únicos (...) o companheiro das emoções difíceis do ciclo de vida/morte do doente.(...) Aprendi que vale sempre a pena lutar pela dignificação da morte (...)”	AE1	1	1

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
		Dificuldades na relação	"A aluna demonstra muitas dificuldades de comunicação com os utentes, tornando-se difícil a relação de empatia com estes (...)"	BE8	4	4
		Imaturidade	"O aluno perante o doente que faleceu na sala de reanimação «brincou» com o facto de o doente ter vindo a falecer."	BE4	1	1
		Aproximação	"A relação enfermeiro – doente é de extrema importância e deve assentar numa base de confiança. Esta é conseguida se o enfermeiro tiver a capacidade de se pôr ao nível de quem necessita dos seus cuidados."	CE4	4	1
	<b>Enfermeiro Coop. ↔ Docente</b>	Enganosa	"De referir ainda que a referida professora nunca entrou em contacto comigo por causa da situação. A ser verdade o que aconteceu, penso que a professora se terá valido de uma apreciação menos positiva feita por mim para justificar uma opinião sua que não tinha tido outra forma de comprovar."	AE6	1	1
		Diálogo e apoio	"Com o docente houve diálogo e recebemos reforço positivo relativamente aos enfermeiros avaliadores e as avaliações do projecto e do estágio foram coincidentes."	CE1	2	2
		Descrédito	"Outra situação é a avaliação dos alunos, nem sempre a avaliação proposta pelo enfermeiro cooperante entra em linha de conta na nota final do aluno."	CE5	3	3
	<b>Enfermeiro Coop. ↔ Equipa de Enfermagem</b>	Apoio	"Partilhei este acontecimento com a enfermeira chefe que ficou tão surpreendida quanto eu. Foi dela que recebi todo o apoio e compreensão."	AE6	1	1
		Desvalorização	" (...) as minhas colegas alertaram-me para eu não atribuir este doente a este aluno, pois ele já tinha tido essa experiência, e que seria demasiado pesado, o que não valorizei."	AE9	3	3
		Conflito	"Por parte dos colegas houve indiferença contudo agudizou o conflito entre mim e o enfermeiro chefe."	CE9	1	1
	<b>Aluno ↔ Aluno</b>	Agressividade	"Esse aluno comunicou-me que estava a ser agredido física e verbalmente por uma colega. Essas agressões eram feitas nas enfermarias perante os doentes que aí estavam internados."	AE4	1	1

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
	Aluno ↔ Médico	Assédio sexual	“ Este episódio foi puro assédio sexual e não foi penalizado.”	AE8	1	1
		Agressividade	“O aluno, apreensivo, confessou ter sido ele e, o médico, mantendo o nível de voz muito alto, diz: «Você é um incompetente! Nunca se levanta um doente antes da visita médica quando a situação do doente implica um exame físico, porque eu preciso fazer-lhe palpação abdominal e não posso fazê-lo com o doente sentado! Não pense que tenho tempo para estar à espera que deem o doente!”	CE7	1	1
	Família do doente ↔ Aluno	Apreensão	“ (...) a mãe mostrou-se muito apreensiva perante o facto [administração incorrecta de uma vacina por parte do aluno], mas posteriormente, depois de fazer toda a análise, compreendeu.”	BE5	1	1
		Compaixão	“As emoções sentidas no momento foi, por um lado uma certa compaixão da aluna para com a mãe (...)”	CE2	1	1
	Equipa de Enfermagem ↔ Aluno	Defesa	“Os outros colegas no serviço comentaram a reacção do aluno [O aluno a chorar] julgaram que se tinha devido a alguma chamada de atenção pela minha parte, pois até chegaram a comentar sobre o que eu lhe tinha feito.”	BE10	1	1
		Conhecimento do outro	“ (...) os enfermeiros dos serviços não conhecem bem os alunos e a sua personalidade, tendo dificuldades em saber como os abordar.”	BE10	1	1
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				<b>41</b>	<b>38</b>
<b>RELAÇÃO INTRAPES-SOAL</b>	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RELAÇÃO INTERINSTI-TUCIONAL</b>	<b>Escola ↔ Instituições de Saúde</b>	Como é?	“Também muitas vezes o apoio/colaboração Escola e o campo de ensino não se verifica, ficando os alunos entregues ao enfermeiro cooperante, sem orientações específicas do que se pretende daquele campo de ensino.”	CE5	11	11

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
		Como deveria ser?	<i>“ (...) deve haver mais partilha e até desenvolvimento de parcerias entre as instituições onde se ministram os cursos de enfermagem e as instituições que possibilitam os campos de estágio.”</i>	AE10	11	9
<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>					22	20
<b>TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA</b>					63	58

Ao fazer a análise global do Quadro VI verificamos que existem três categorias: “Relação Interpessoal”, que acumula 41 unidades de registo distribuídas quase uniformemente por 23 indicadores, “Relação Interinstitucional” com 22 unidades de registo totais, distribuídas também equitativamente por dois indicadores e “Relação Intrapessoal” com 0 unidades de registo. Ao analisar este último valor, concluo que este não se encontra totalmente correcto. Na realidade, os enfermeiros, durante a narração dos seus episódios significativos, referiram diversas vezes que realizaram uma introspecção sobre variadas temáticas, no entanto estas unidades de registo foram colocadas em outras categorias mais pertinentes para o presente estudo.

Face a estes números podemos concluir que os enfermeiros cooperantes, durante a narração dos episódios significativos, se referiram maioritariamente às relações interpessoais.

O facto de existir supervisão em ensino clínico, implica o estabelecimento de uma relação em contexto de supervisão um tanto formal, mas também de carisma afectivo só em determinadas situações. Constatou-se esta relação interpessoal entre os “personagens” que figuram no Ensino Clínico em 8 tipos de interacção: Enfermeiro Cooperante ↔ Aluno (13 unidades de registo), Enfermeiro Cooperante ou aluno e/ou doente (10), Enfermeiro Cooperante ↔ Docente (6), Enfermeiro Cooperante ↔ Equipa de enfermagem (5), Aluno ↔ Aluno (1), Aluno ↔ Médico (2), Família do doente ↔ Aluno (2), Equipa de Enfermagem ↔ Aluno (2). Logicamente os testemunhos incidem maioritariamente em situações vivenciadas e sentidas pelos autores dos mesmos do que em situações apenas presenciadas pelos autores.

Assim, a “**Relação Interpessoal**” define-se como as conexões e influências que se estabelecem entre duas ou mais pessoas no âmbito do ensino clínico.

Esta categoria encontra-se escalonada por tipos comportamentais, ou atitudes, que se estabelecem entre os intervenientes. Para começar, a relação Enfermeiro Cooperante ↔ Aluno evidencia atitudes de apoio, traição, omissão, violência/agressividade, conhecimento do outro e arrogância. A atitude de *apoio* aos alunos por parte dos Enfermeiros Cooperantes é a mais referenciada (4 unidades de registo). Os Supervisores sentem necessidade de apoiar os alunos em situações críticas, e sentem-se motivados quando conseguem ultrapassar estes obstáculos (AE7, AE9, BE2, BE9).

*“O aluno ficou triste e sentiu-se injustiçado, algo revoltado mas também conformado com a situação [avaliação]. Tive de apoiar um futuro profissional desgostoso e desmotivado.(...) Permitiu-me perceber como funcionam as coisas do outro lado da barricada.” – AE7*

*“O mais importante é ajudar os alunos a resolver um problema, que não foi de forma nenhuma resolvido na escola. (...) ao fim de +/- duas semanas tenho os alunos com bastante à-vontade no serviço. (...) dizerem que foi neste estágio que mais aprenderam sobre a relação de ajuda e empatia.” – BE9*

A *traição* é um sentimento visível nos relatos, mas felizmente uma única vez (AE6).

*“O aluno ter-se-á sentido traído pela profissional do serviço, não tendo conseguido encontrar uma justificação credível para a sua situação [reprovação no ensino clínico] (...) O aluno mostrou-se muito insatisfeito.” – AE6*

A *omissão* pode surgir aquando de incompatibilidade de personalidades entre o Enfermeiro Cooperante e o Aluno, ou até mesmo por medo; contudo, é considerado grave pelos Supervisores, dado que revela falta de confiança entre os intervenientes (AE8, AE9) e dificulta o processo de avaliação do aluno (BE8).

*“Fiquei admirada e estupefacta como podia isto estar a acontecer e os alunos não referenciam este facto mais cedo. (...) É importante também que o aluno saiba que quem supervisiona também é amigo.” – AE8*

*“Não consegui estabelecer com este aluno uma comunicação que me permitiria identificar que naquele momento, aquele aluno, não poderia lidar com aquela experiência (...) Nunca me verbalizou o seu desagrado (...) ” – AE9*

Alguns alunos reagem com *violência/agressividade* às críticas ao seu desempenho (BE6); contudo, os Enfermeiros Cooperantes também revelam algum descontrolo verbal relativamente a algumas atitudes imaturas dos seus alunos (BE4). Este indicador apresenta duas unidades de registo.

*“Este sorria-se. Chamei à atenção do aluno de uma forma (penso) algo violenta sobre a sua atitude perante o doente falecido. (...) Pensei que decerto fui ainda mais violento! Retirei-me e não voltei a falar disso nesse dia. Ao fim de 2 dias veio falar comigo e pediu-me desculpa pelo que fez na sala de reanimação.” – BE4*

Dado que os alunos experienciam durante o estágio emoções novas e uma vez que podem entrar em choque com a sua personalidade, os Enfermeiros Cooperantes encontram necessidade de conhecer as personalidades daqueles, a fim de melhorar a relação entre ambos (BE10, CE6). Um dos princípios que deve estar presente nesta relação é o *conhecimento do outro* (2 unidades de registo).

[O aluno tentou puncionar um utente não conseguindo] *“O aluno entrou em pânico e, muito nervoso, saiu da sala repentinamente (...) eu não me apercebi do grau de ansiedade do aluno, pelo que lhe solicitei se não queria cuidar daquele doente. Só depois de conversar calmamente com ele é que percebi (...) se supervisor e supervisionado se conhecerem bem a*

*aprendizagem será mais eficaz. (...) Senti-me um pouco amargurada por ter levado o aluno a experimentar mais um episódio de falha.” – BE10*

Por fim também surge a atitude de *arrogância* da parte do aluno para um colega de profissão, reconhecida apenas unilateralmente pelos enfermeiros cooperantes (CE8).

*[O aluno] “ (...) foi questionado sobre o facto pela enfermeira, tendo retornado soberbamente (...) ”. – CE8*

Relativamente à relação estabelecida entre Enfermeiro Cooperante ou Aluno e/ou Doente, são experienciados outros sentimentos tais como o de companheirismo (1 unidade de registo), dificuldades na relação (4), imaturidade (1) e aproximação (4). Segundo os Enfermeiros Cooperantes, os enfermeiros, uma vez que se encontram em momentos únicos na vida dos doentes, acabam por desempenhar um papel de “companheiros de viagem” (AE1), entregando-se a um rol de sensações de afecto emergentes do lado humano que implica a sua profissão. Por sua vez, alguns alunos sentem dificuldades em estabelecer uma relação que transmita segurança aos utentes, sendo necessário dialogar no sentido de melhorar a sua auto-determinação (BE8, BE9, BE10). No entanto, por vezes, o envolvimento é desmedido, prejudicando a relação terapêutica. A imaturidade revela-se especialmente em pessoas jovens, podendo prejudicá-las em determinadas situações, se não a superarem (BE4). As relações estabelecem-se através da linguagem (mímica e verbal), mas por ser tão vasta, os alunos procuram adequá-la às situações que experienciam numa tentativa de aproximação dos doentes. Os enfermeiros cooperantes concordam ser necessária uma orientação de sua parte, de forma a ajustar a linguagem mais correcta aos episódios clínicos (CE4).

*“O que verifiquei foi que o aluno ficou tão ansioso, que não conseguia sequer abordar o doente calmamente e reduzir-lhe a ansiedade.” – BE10*

*[O enfermeiro] “Justificou a linguagem menos cuidada, mais atrevida como forma de empatia com o doente.” – CE4*

A relação Enfermeiro ↔ Docente é complexa, visto que ocorrerão confrontos de pensamento, podendo estes ser contornados e entendidos (ou não) através de atitudes favoráveis ou desfavoráveis aos enfermeiros cooperantes. Sendo assim, estes experienciam relações em que é detectado o engano, o diálogo e apoio e o descrédito. Nos relatos dos enfermeiros cooperantes surge uma situação em que o docente se valeu de uma apreciação menos positiva feita pelo enfermeiro para reprovar um aluno injustamente, sendo esta atitude tomada como enganosa (AE6). O engano, apesar de ser um acontecimento possível, pode ser contornado através do diálogo e apoio entre as partes, indicador também apontado pelos enfermeiros cooperantes, com 2 unidades de registo. As situações em que o diálogo e apoio ocorre entre docentes e enfermeiros cooperantes proporcionam a estes maior satisfação e constituem uma base de confirmação relativamente ao processo de avaliação dos alunos (BE8, CE1). Contudo, e relativamente à avaliação, nem sempre se verifica comunicação e concordância necessárias entre as partes, o que faz com que os enfermeiros cooperantes se sintam “desacreditados” na sua opinião, face à opinião dos docentes (CE5, CE8, CE10).

*“De referir ainda que a referida professora nunca entrou em contacto comigo por causa da situação. A ser verdade o que aconteceu, penso que a professora se terá valido de uma apreciação menos positiva feita por mim para justificar uma opinião sua que não tinha tido outra forma de comprovar.” – AE6*

*“Com o docente houve diálogo e recebemos reforço positivo relativamente aos enfermeiros avaliadores e as avaliações do projecto e do estágio foram coincidentes.” – CE1*

*“Outra situação é a avaliação dos alunos, nem sempre a avaliação proposta pelo enfermeiro cooperante entra em linha de conta na nota final do aluno.” – CE5*

A relação entre Enfermeiro Cooperante ↔ Equipa de Enfermagem pode funcionar numa base de apoio, desvalorização e conflito. Isto porque cada serviço implica a interacção de ideias que por vezes chocam, ficando dependentes das reacções de muitas pessoas que contactam e trabalham conjuntamente. A desvalorização é o sentimento mais vivenciado pelos enfermeiros cooperantes face à equipa de enfermagem que os



abrange (AE9), o que contribui para o aumento de tensão entre alguns elementos (BE4, CE10). A tensão é “madrinha” do conflito (1 unidade de registo), que torna as relações complicadas dentro de uma equipa (CE9). O apoio é positivo e permite ultrapassar obstáculos face a opiniões pretendidas pelos enfermeiros cooperantes, sendo enunciada uma vez nos testemunhos (AE6).

*“Partilhei este acontecimento com a enfermeira chefe que ficou tão surpreendida quanto eu. Foi dela que recebi todo o apoio e compreensão.” – AE6*

*“No final a chefe deu a nota qualitativa sem me ouvir; «passei-me», (...) Reagi explosivamente. Sentimentos: frustração e senti-me enganada (...) constatei que fiz figura de parva!” – CE10*

*“Por parte dos colegas houve indiferença contudo agudizou o conflito entre mim e o enfermeiro chefe” – CE9*

Uma vez que o enfermeiro cooperante se divide por muitos alunos, e dado que, como reconhecem, nem sempre conseguem depreender a personalidade concreta de cada um, torna-se difícil estimar a relação que se estabelece entre os alunos. Contudo o sentimento que emerge nos enfermeiros cooperantes relativamente à relação Aluno ↔ Aluno, é o de agressividade, incompatível com o trabalho entre duas pessoas e portanto desagradável (AE4).

*“Esse aluno comunicou-me que estava a ser agredido física e verbalmente por uma colega. Essas agressões eram nas enfermarias perante os doentes que aí estavam internados.” – AE4*

A relação Aluno ↔ Médico também se revela desfavorável, dado que se apontam situações de assédio sexual (AE8) e de agressividade (CE7), felizmente com uma unidade de registo cada.

*“Este episódio foi puro assédio sexual e não foi penalizado.”* [Por um médico] – AE8

A relação Família do doente ↔ Aluno revela-se de apreensão (1 unidade de registo). Talvez seja justificável dado que os familiares sabem, à partida, que um aluno se encontra a aprender, avivando a dúvida relativamente à competência de alguém que é inexperiente. Trata-se de alguém inexperiente a aprender um determinado procedimento “num” doente que é querido para a sua família (BE5). Felizmente os familiares ultrapassam o medo com sentimentos de compreensão e até mesmo de compaixão, relativamente ao aluno e à sua situação de aprendizagem (CE2).

*“As emoções sentidas no momento foi, por um lado uma certa compaixão da aluna para com a mãe (...)”* – CE2

Finalizando a leitura da categoria “Relação Interpessoal”, surge a relação Equipa de Enfermagem ↔ Aluno, podendo ser de defesa ou de busca do conhecimento do outro. Por vezes a equipa toma a posição de defesa (BE10) do aluno, face a determinadas críticas que o atormentam. Contudo, os enfermeiros cooperantes também são de opinião que a equipa não contacta o suficiente com os alunos, de forma a discernir as suas qualidades e defeitos, pelo que sentem dificuldades em lidar com eles e em abordá-los (BE10).

*“ (...) os enfermeiros dos serviços não conhecem bem os alunos e a sua personalidade, tendo dificuldades em saber como os abordar.”* – BE10

A terceira e última categoria do Quadro VI refere-se à “**Relação Interinstitucional**”, o que implica definir o tipo de comunicação entre a Escola de Enfermagem e as Instituições de Saúde. Relativamente a este parâmetro, o pensamento diverge para o “Como é?” e o “Como deveria ser?”. Isto porque, acoplado à realidade, existe sempre outra possível, melhor e mais perfeita. O equilíbrio entre os dois “pratos da balança” é total (11 unidades de registo cada), o que revela que os enfermeiros

cooperantes estão descontentes com esta relação, referindo algumas sugestões de melhoria.

A comunicação entre Escola e Instituições de Saúde é satisfatória (AE4), necessária (BE1), por vezes deficitária (AE10), geradora de alguns equívocos (CE4), mas também patente (AE8, BE8). Reconhece-se também que não existe comunicação entre ambos os lados (AE6, CE6), nem dedicação por parte da escola aos seus alunos (CE5) e às suas obrigações nos campos de estágio, sendo por vezes compreensível devido à distância física entre a escola e a instituição de trabalho (BE7).

*“Comuniquei à escola esta situação porque era demasiado grave para a assumir só (eu e/ou o serviço). A comunicação com a escola foi satisfatória, foram tomadas as medidas necessárias para tratar desse assunto.” – AE4*

*“A Supervisão tem vindo a ser entregue aos enfermeiros dos serviços sem a articulação devida com as escolas nomeadamente nos conteúdos leccionados o que dificulta a concretização prática de aprendizagem por parte dos alunos.” – BE1*

*“ (...) muita distância entre a escola e o local de trabalho (estágio).” – BE7*

*“Ao ter sido considerado pelo enfermeiro cooperante que a comunicação deste episódio não contribuiria para o desempenho profissional da aluna, não deu conhecimento do mesmo à Escola, pelo que, esta, não desempenhou nenhum papel.” – CE6*

A comunicação entre Escola e Instituições de Saúde deveria ser, na opinião dos enfermeiros cooperantes, de maior partilha de conhecimentos e metodologias (AE10, CE9), deveria permitir estabelecer um vínculo mais profundo com os alunos (BE8), com articulação efectiva entre ambos, formativa e comunicativa (BE2, BE6, BE7, BE9, 2xBE10, 2xCE7). No fundo, pretende-se um reforço comunicativo entre as partes, no sentido de otimizar o processo de ensino clínico e de avaliação dos alunos (principalmente ao nível dos campos de estágio).

*“ (...) deve haver mais partilha e até desenvolvimento de parcerias entre as instituições onde se ministram os cursos de enfermagem e as instituições que possibilitam os campos de estágio.” – AE10*

*“ (...) deveria de haver formação específica e uma articulação estreita entre a escola e o enfermeiro cooperante, preparando cada estágio.” – BE7*

*“ (...) deve-se reduzir o afastamento entre o local do exercício profissional e o local de ensino, dinamizando o contacto daqueles que ensinam com a realidade quotidiana. Só assim se evita o ensino estático que, em meu entender, entrava a investigação.” – CE7*

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que:

- Os enfermeiros cooperantes, durante a narração dos episódios significativos, se referiram maioritariamente às relações interpessoais em contexto da supervisão.
- Os Supervisores sentem necessidade de apoiar os alunos em situações críticas, e sentem-se motivados quando conseguem ultrapassar estes obstáculos.
- A *omissão* pode surgir aquando de incompatibilidade de personalidades entre o Enfermeiro Cooperante e o Aluno, ou até mesmo por medo; contudo é considerado grave pelos Supervisores, dado que revela falta de confiança entre os intervenientes e dificulta o processo de avaliação do aluno.
- Alguns alunos reagem com *violência/agressividade* às críticas ao seu desempenho; contudo os Enfermeiros Cooperantes também revelam algum descontrolo verbal perante atitudes imaturas dos seus alunos.
- Os Enfermeiros Cooperantes encontram necessidade de conhecer as personalidades dos alunos a fim de evitar determinados episódios marcantes para ambos.
- Alguns alunos sentem dificuldades na relação que transmite segurança aos utentes, sendo necessário melhorar a sua auto-determinação através do diálogo.

- O diálogo e apoio entre docentes e enfermeiros cooperantes proporcionam satisfação e constituem uma base de confirmação da avaliação dos alunos.
- Nem sempre é verificada comunicação e concordância entre os enfermeiros cooperantes e docentes, o que faz com que os primeiros se sintam “desacreditados” na sua opinião, face à opinião dos segundos.
- O sentimento mais vivenciado pelos enfermeiros cooperantes face à equipa de enfermagem é a desvalorização, resultando no aumento de tensão entre alguns elementos.
- Na maioria dos casos não existe comunicação entre Escola e Instituições de Saúde, nem dedicação por parte da escola aos seus alunos e às suas obrigações nos campos de estágio. Por vezes é satisfatória.
- A comunicação entre Escola e Instituições de Saúde deveria ser, na opinião dos enfermeiros cooperantes, de maior partilha de conhecimentos e metodologias, deveria permitir estabelecer um vínculo mais profundo com os alunos, com articulação efectiva entre ambos, formativa e comunicativa.

### **2.3 - Estratégias de Supervisão utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem.**

Definiu-se estratégia como: plano de acção pelo qual se escolhe, organiza e gere as actividades, com vista a atingir um objectivo.

Partindo deste pressuposto e da leitura dos episódios elaboraram-se as seguintes categorias de análise:

- Formulação de questões reflexivas;
- Análise de casos;
- Demonstração;
- Autosupervisão.

De seguida apresentamos o Quadro VII referente a esta área temática, que será comentado ao longo do texto.

**QUADRO VII – Estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico.**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
<b>FORMULAÇÃO DE QUESTÕES REFLEXIVAS</b>	<b>Clarificação e interpretação</b>	Descrição	“Após a passagem de turno, tentei falar com a outra colega/aluna para tentar perceber o que estaria por «detrás» deste episódio (...)” [Enfermeiro coop. questiona posteriormente a aluna]	BE6	3	3
		Análise da situação	“Na sequência deste episódio, reuni logo que possível com a aluna X no sentido de reflectir e analisar a situação em causa.”	AE5	8	8
	<b>Confronto</b>	Na prática de cuidados	[A aluna] “Ao ser confrontada com o erro que estava a cometer, negou com alguma agressividade, desmentindo até a própria colega, pondo em causa aspectos com gravidade como é o caso: troca de identidade, de leites, de medicação e até o desempenho da outra colega.”	BE6	1	1
		Com a teoria	“ (...) o enfermeiro cooperante perguntou à discente porque se devia retirar o ar do sistema de soro.”	CE6	4	3
	<b>Reconstrução</b>	Reformulação de objectivos	“ (...) questionar e orientar os alunos com o objectivo de estes fazerem uma prática reflexiva, reformulando os seus objectivos, para uma melhor avaliação.”	BE3	2	2
		Atitude perante a morte	“No dia seguinte pedi ao aluno para estar comigo numa sala confortável onde abordámos a temática da morte, procedimentos e atitudes.” [Após morte de um doente]	BE4	2	2
	<b>Avaliação</b>	Crítica construtiva	“ (...) na reunião descrevi sumariamente aquilo que me pareceu pertinente relativamente ao período de formação do aluno em questão, num referencial de crítica construtiva, abrindo horizontes futuros para um percurso de desenvolvimento positivo mas sem omitir que o aluno (...) situar-se-ia num patamar de satisfaz menos.”	AE6	1	1

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
		Aceitação	“Foi dado conhecimento ao enfermeiro docente.(...) Tive uma reunião com o aluno sobre a avaliação do serviço, já eram conhecidas as notas dos seus colegas, e o aluno mostrou-se surpreendido e achava-se merecedor de outra nota mais alta, foi-lhe explicado e com alguma humildade foi aceitando.”	CE1	1	1
TOTAIS DA CATEGORIA					22	21
ANÁLISE DE CASOS		Lidar com a Morte	“ (...) foi a sua primeira experiência, reflectimos sobre a morte (...) reflecti com ele e com o docente, na dificuldade que os alunos têm em lidar com a morte. (...) falo com o aluno, avalio o seu estado de espírito e tentamos ambos arranjar soluções para a resolução do problema, sem para isso ter que fugir da situação.”	AE9	2	1
		Cuidados ao utente	“ (...) entendemos em articulação e por evidente necessidade formativa abordar esta temática (criterapia). Após exposição teórica, seguiu-se uma discussão exaustiva, visando melhorar o desempenho diário. [De onde resultou diversas conclusões nomeadamente normas de actuação e redacção de um protocolo de actuação] (...) permitiu uma reflexão/debate conjunto com linhas de orientação para as práticas.”	BE1	2	2
		Relação com os utentes	“Todos os dias falamos sobre o assunto e sobre algum doente que ainda lhes provoque ansiedade/medo, reflectindo em conjunto sobre a melhor abordagem.”	BE9	2	2
	TOTAIS DA CATEGORIA					6
DEMONSTRAÇÃO		Colaboração	“Perante o facto, pedi à aluna X para preparar o material necessário ao banho do doente e colaborei com ela na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente Y, demonstrando por vezes como se executava (...)”	AE5	3	3
		Exemplificação	“Demonstrei o procedimento com calma, explicando os vários itens antes de atingir o objectivo final.”	BE2	5	5
	TOTAIS DA CATEGORIA					8

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
AUTO-SUPERVISÃO	-----	-----	-----	----	---	---
	TOTAIS DA CATEGORIA				0	0
	TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA				36	34

Segundo os enfermeiros cooperantes utilizaram-se três tipos de estratégias: formulação de questões reflexivas (22), análise de casos (6) e demonstrações (8).

Após a análise das frequências das unidades de registo, concluímos que a categoria mais valorizada é a “Formulação de questões reflexivas” pois apresenta um valor muito superior às restantes.

A “**Formulação de questões reflexivas**” é referida como um plano de acção promotor de reflexão, através do qual se pretende validar as práticas e as teorias.

Foram identificadas como questões promotoras de reflexão, a clarificação e interpretação (11), confronto (5), reconstrução (4) e avaliação (2). Através da análise destes valores, verificamos que os enfermeiros cooperantes consideram como importante a clarificação e interpretação de situações, confronto das pessoas com essas situações, as afirmações, as atitudes, as práticas e a avaliação da situação para posterior reconstrução e aplicação de estratégias com o objectivo de resolução da situação problema.

Quanto à clarificação, os enfermeiros cooperantes referiram que deve existir uma descrição da situação nomeadamente das metodologias e episódios vivenciados durante o ensino clínico, permitindo uma percepção reflectida dos acontecimentos mais marcantes (AE10, BE6, CE4), para ajudar na reorganização da experiência.

*“Após a passagem de turno, tentei falar com a outra colega/aluna para tentar perceber o que estaria por «detrás» deste episódio (...)” - BE6*

*“Abordei a aluna conjuntamente com a docente responsável e o enfermeiro em questão com o objectivo de esclarecimento da situação.”- CE4*



Após a descrição dever-se-á realizar a análise da situação em causa, pretendendo definir o objecto de atenção/reflexão (AE5, AE10, BE6, CE2, CE5)

*“Chamei o aluno e tentei acompanhar o seu raciocínio para entender melhor as razões que o haviam levado aquela tomada de atitude.”- AE10*

*“Os professores falaram com o aluno, para clarificar a situação e chegaram à conclusão que na verdade nunca tinha algaliado (...)”- CE5*

Os enfermeiros cooperantes referiram ao longo das suas narrações que se realizaram reuniões de estágio com vista à clarificação da situação, utilizando a análise e interpretação, as quais permitiram o debate alargado com a equipa responsável pelo ensino clínico de determinadas questões relevantes para a supervisão do aluno (AE8, BE8, CE1).

*“ (...) houve necessidade de realizar algumas entrevistas formais extraordinárias quer com a aluna em causa, quer com a equipa de docentes, numa tentativa de analisar e resolver a situação (...)” – BE8*

O confronto é entendido como o questionamento das teorias subjacentes às práticas pela ponderação de teorias e práticas alternativas. Segundo os enfermeiros cooperantes o confronto pode encontrar-se na prática de cuidados, principalmente se os alunos não cumprem as metodologias correctas e não o admitem (BE6); também surge aquando da solicitação de conteúdos teóricos, através do questionamento, para aplicação na prática (CE3, CE5, CE6), sendo o objectivo das questões colocadas testar a fundamentação científica previamente ministrada, para evitar a execução empírica dos cuidados de enfermagem (CE6).

*[A aluna] “Ao ser confrontada com o erro que estava a cometer, negou com alguma agressividade, desmentindo até a própria colega, pondo em*

*causa aspectos com gravidade como é o caso: troca de identidade, de leites, de medicação e até o desempenho da outra colega.” - BE6*

*“Falei com o aluno e disse-lhe que seria a oportunidade de praticar uma algáliação, se do ponto de vista teórico se lembrava do material necessário e da técnica de execução.” - CE5*

A reconstrução visa a remodelação e a integração do novo no conhecido. Esta também permite a reformulação de objetivos, no sentido de reorganizar uma determinada prática reflexiva que culmina numa melhor avaliação (BE3) ou melhorar o projecto “profissional” do aluno no que respeita a objetivos e actividades (CE1).

*“ (...) questionar e orientar os alunos com o objectivo de estes fazerem uma prática reflexiva, reformulando os seus objectivos, para uma melhor avaliação.” - BE3*

*“Foram detectadas falhas graves no projecto profissional e após discussão [Professor/Aluno/Enfermeiro Cooperante] tentámos melhorá-lo no que respeita a objectivos e actividades.” - CE1*

Na narração dos episódios, os enfermeiros referem que, por vezes, é necessária a reconstrução de atitudes na relação com o utente, nas diversas fases do ciclo de vida (BE4, BE7).

*“No dia seguinte pedi ao aluno para estar comigo numa sala confortável onde abordámos a temática da morte, procedimentos e atitudes.” [Após morte de um doente] – BE4*

*“ (...) a acção foi discreta [questionamento], no sentido de orientar o aluno no estabelecimento de uma relação de ajuda/esclarecimento do utente em relação a um injectável que ia administrar.” – BE7*

A avaliação surge como uma formulação (verbal ou não) de um juízo de valor sobre algo. Esta foi indicada pelos enfermeiros cooperantes como estratégia promotora

de reflexão, quer através da crítica construtiva, feita com o objectivo de melhorar o desempenho do aluno e ao mesmo tempo de o corrigir, sem “ferir” o seu ego (AE6), quer através de reuniões. A reunião de avaliação é, sem dúvida, um momento de avaliação privilegiado, promotor de reflexão entre várias pessoas, pois discutem-se argumentos e ideias no sentido de atingir um consenso entre as partes - aceitação (CE1).

*“ (...) na reunião descrevi sumariamente aquilo que me pareceu pertinente relativamente ao período de formação do aluno em questão, num referencial de crítica construtiva, abrindo horizontes futuros para um percurso de desenvolvimento positivo mas sem omitir que o aluno (...) situar-se-ia num patamar de satisfaz menos.” - AE6*

*“Foi dado conhecimento ao enfermeiro docente.(...) Tive uma reunião com o aluno sobre a avaliação do serviço, já eram conhecidas as notas dos seus colegas, e o aluno mostrou-se surpreendido e achava-se merecedor de outra nota mais alta, foi-lhe explicado e com alguma humildade foi aceitando.” - CE1*

A “**Análise de casos**” foi definida como registo de casos reais e problemáticos, ocorridos em determinado contexto da prática, relativamente aos quais se desenvolve conhecimento teórico. Permitem a partilha e a discussão de modo a que os conhecimentos se tornem mais eficazes.

Esta categoria permite a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada de situações que se identificam com a profissão, e que constituem passagens e realidades críticas para a dimensão humana. Trata-se de problemas que necessitam de uma análise profunda, pois envolvem concepções de carisma sócio-cultural, entre outras, que poderão entrar em choque com o senso comum, ou a realidade daqueles que nunca viveram as situações de perto. Um exemplo é a morte. A necessidade de ensinar como lidar com a morte de um doente é essencial, pois trata-se de uma realidade impossível de contornar nas instituições de saúde (2xAE9). A nível mental, os enfermeiros são obrigados a carregar uma bagagem psicológica que lhes permita seguir em frente na sua profissão.

*“ (...) foi a sua primeira experiência, reflectimos sobre a morte (...) reflecti com ele e com o docente, na dificuldade que os alunos têm em lidar com a morte. (...) falo com o aluno, avalio o seu estado de espírito e*

*tentamos ambos arranjar soluções para a resolução do problema, sem para isso ter que fugir da situação.” - AE9*

Os cuidados que são prestados aos utentes podem servir de debate e de aprofundamento do conhecimento, nomeadamente se uma terapia é mais inovadora, se levanta questões de ordem ética, ou se foi administrada correctamente (BE1, CE2).

*“ (...) entendemos em articulação e por evidente necessidade formativa abordar esta temática (crioterapia). Após exposição teórica, seguiu-se uma discussão exaustiva, visando melhorar o desempenho diário. [De onde resultou diversas conclusões nomeadamente normas de actuação e redacção de um protocolo de actuação] (...) permitiu uma reflexão/debate conjunto com linhas de orientação para as práticas.” - BE1*

*“O ensino focou entre vários assuntos a administração de vitaminas prescritas: quando, como, quanto e até quando administrar.” [Após análise de um erro de administração terapêutica por parte da aluna] - CE2*

Os utentes e a sua sintomatologia podem constituir alvo de atenção, no sentido de alertar os alunos para um relacionamento mais correcto ou adequado à situação do doente (BE3, BE9).

*“Reflecti sobre este episódio [envolvimento emocional de uma aluna com um doente] sentindo necessidade de falar com os alunos sobre o envolvimento emocional, que sendo desmedido se torna prejudicial para o estabelecimento duma relação terapêutica de qualidade.” - BE3*

*“Todos os dias falamos sobre o assunto e sobre algum doente que ainda lhes provoque ansiedade/medo, reflectindo em conjunto sobre a melhor abordagem.” – BE9*

A categoria “**Demonstração**” é entendida como o ensinar ou explicar mostrando como se faz ou se usa, exemplificando, podendo envolver já o aluno na acção.

A demonstração constituiu um processo estratégico bastante “rico” em ensino clínico, dado que o ensinamento é “*in loco*”, o que significa que os alunos aprendem colaborando (3), ou apenas observando a exemplificação do seu supervisor (5).

Através da colaboração do enfermeiro cooperante, na prestação de cuidados, ele demonstra como se executa (AE5, CE3) ou como se aborda o doente (BE9). Por vezes limita-se a exemplificar, explicando os vários itens antes de atingir o objectivo final (BE2, BE4), pois através da demonstração o aluno vai perceber que existem intervenções diferentes para alcançar o mesmo objectivo (AE10). Referem, ainda, que quando necessitam de exemplificar perante o doente, por falha do aluno, têm o cuidado de não colocar em causa a sua técnica (BE10).

Os enfermeiros cooperantes referem que utilizam esta estratégia quando os alunos se sentem inseguros e preferem que o enfermeiro execute para eles observarem primeiro (CE5). Esta sugestão dos alunos nem sempre é bem aceite, julgando o enfermeiro cooperante que é uma estratégia de evasão ao procedimento ou avaliação.

*“Perante o facto, pedi à aluna X para preparar o material necessário ao banho do doente e colaborei com ela na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente Y, demonstrando por vezes como se executava (...)”*  
– AE5

*“Demonstrei o procedimento com calma, explicando os vários itens antes de atingir o objectivo final.”* – BE2

*“Planeei levá-lo comigo à morgue e pedi ao auxiliar para abrir 2 ou 3 câmaras (gavetas) e que destapassem os corpos. Demonstrei depois quais as atitudes a ter perante a morte de um ser humano.”* - BE4

A categoria “**Auto-Supervisão**”, foi definida como a estratégia pela qual, através da introspecção metacognitiva, da auto-análise e da auto-reflexão, o indivíduo adquire conhecimento de si próprio, e da sua actuação que o ajuda a consciencializar-se até onde pode ir no desenvolvimento das suas actividades, de modo a não cometer erros, a sentir-se seguro e a saber agir em futuras situações.

Pela análise do Quadro VII verificamos que esta categoria apresenta 0 unidades de registo. No entanto, pela leitura geral dos episódios significativos, verificamos que nos episódios se manifesta uma atitude global de introspecção, auto-análise e auto-reflexão.

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que:

- Perante uma situação problema os enfermeiros cooperantes consideram importante a clarificação, interpretação, confronto e avaliação da situação para posterior reconstrução e aplicação de estratégias com o objectivo de encontrar soluções.
- Deve existir uma descrição da situação permitindo uma percepção reflectida dos acontecimentos mais marcantes, seguida de uma análise para ajudar na reorganização da experiência, pretendendo definir o objecto de atenção/reflexão.
- Realizaram-se reuniões de estágio, com a equipa responsável pelo ensino clínico, com vista à clarificação da situação, permitindo o debate de questões relevantes para a supervisão do aluno.
- O confronto surge aquando da solicitação de conteúdos teóricos, através do questionamento, para aplicação na prática, com a finalidade de evitar a execução empírica dos cuidados de enfermagem.
- A reconstrução permite reorganizar uma determinada prática e melhorar o projecto “profissional” do aluno no que respeita a objectivos e actividades.
- A avaliação foi indicada pelos enfermeiros cooperantes como estratégia promotora de reflexão, através da crítica construtiva, feita com o objectivo de melhorar o desempenho do aluno.
- A análise de casos permite a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada de situações profissionais que põe em evidência determinados aspectos.
- As demonstrações constituem um processo estratégico valioso, dado que os alunos aprendem colaborando, ou apenas observando a exemplificação do seu supervisor.

## 2.4 - Condições de Trabalho para a supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem.

Recordamos que se definiu condições de trabalho como: circunstâncias, meios ou requisitos necessários ou existentes numa instituição, para que o objectivo seja atingido.

Partindo deste pressuposto elaboraram-se as seguintes categorias de análise:

- Tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico;
- Ambiente clínico;
- Ambiente psicológico.

No Quadro VIII apresentamos resumidamente os resultados encontrados, que serão comentados com maior detalhe no texto que se lhe segue.

**QUADRO VIII – Condições de trabalho para a supervisão em Ensino Clínico.**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS SUPERVISORES EM ENSINO CLÍNICO	Enfermeiro Cooperante	Presente para apoio/ orientação	"Neste episódio não houve supervisão por parte do docente, mas sim do enfermeiro cooperante".	BE2	1	1
		Ausente para apoio/ orientação	"Gostaria de ter tido a oportunidade de reflectir profundamente com o aluno e levá-lo a ultrapassar este episódio."	BE10	1	1
	Docente	Presente para apoio/ orientação	" (...) no primeiro e segundo ano do curso os alunos foram sempre acompanhados por professor no período das 8 às 16 horas;"	CE1	2	2
		Ausente para apoio/ orientação	" (...) cada vez mais os enfermeiros docentes não têm tempo nem oportunidade para acompanharem a evolução observada no domínio das práticas." [Dos alunos]	AE10	1	1
	TOTAIS DA CATEGORIA				5	5
AMBIENTE CLÍNICO		Recursos humanos	"Será que se valoriza a formação no contexto das práticas pelo seu real valor formativo ou pela necessidade de "entregar" os alunos a alguém para colmatar a falta de docentes?"	AE6	2	2

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
		Solicitações profissionais	“Gostaria de lhe ter dado mais apoio, mas não foi possível, dadas as solicitações que nos foram exigidas pelo momento que todos, profissionais e doente, estávamos a viver.”	AE3	3	3
		Distribuição de alunos	“ (...) a rotatividade do aluno pelo serviço e a incompatibilidade de horário não permitiu uma abordagem profunda sobre o assunto.”	BE10	4	3
		Desfasamento teoria/prática	[Ensino Clínico] “ (...) desarticulado com as necessidades específicas dos futuros profissionais e dos serviços onde eles irão exercer.”	AE7	3	2
		Sequenciali-dade nos ensinos clínicos	“A informação colhida no ensino clínico não é transmitida para futuros ensinos, para se poder colmatar “falhas” na aprendizagem do aluno.”	BE10	2	1
	TOTAIS DA CATEGORIA					14
AMBIENTE PSICOLÓGICO		Apoio	“Durante este episódio não tive tempo para ser apoiado.”	AE7	1	1
	TOTAIS DA CATEGORIA					1
TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA					20	17

Ao analisar o Quadro VIII, verificamos que as categorias que reúnem mais unidades de registo são o "ambiente clínico" (14) e o tempo de "permanência dos supervisores em ensino clínico" (5). A categoria "ambiente psicológico", é registada 1 vez.

Pelo valor destas frequências podemos concluir que os enfermeiros cooperantes valorizam o ambiente clínico e a permanência do enfermeiro cooperante e do docente como factores preponderantes para o trabalho supervisivo em ensino clínico.

A categoria "**Tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico**" refere-se à duração da estadia dedicada pelos supervisores ao ensino clínico para acompanhamento dos alunos.

Através da análise do Quadro verifica-se que, das 5 unidades de registo desta categoria, 2 são referentes ao tempo de permanência dos enfermeiros cooperantes e 3



são referentes ao tempo dos docentes. Destas referências emergiram as duas subcategorias enunciadas.

Relativamente ao tempo de permanência dos enfermeiros cooperantes, foram enunciados 2 indicadores: presença ou ausência destes para apoio/orientação. Para cada um dos indicadores encontrou-se uma unidade de registo. Os enfermeiros referem que durante o episódio que narram não houve supervisão do docente (BE2), mas que por vezes eles próprios também não têm oportunidade de acompanhar os alunos quando confrontados com uma situação problema (BE10).

*“Neste episódio não houve supervisão por parte do docente, mas sim do enfermeiro cooperante”. – BE2*

*“Gostaria de ter tido a oportunidade de reflectir profundamente com o aluno e levá-lo a ultrapassar este episódio.” – BE10*

Para o tempo de permanência dos docentes foram elaborados os mesmos indicadores. Dois enfermeiros cooperantes referiram que o docente acompanha os alunos diariamente (CE1, CE3). Um enfermeiro referiu que os docentes estão ausentes, não tendo oportunidade de acompanhar os alunos na evolução das suas práticas (AE10).

*“ (...) no primeiro e segundo ano do curso os alunos foram sempre acompanhados por professor no período das 8 às 16 horas;” – CE1*

*“O professor acompanha o ensino clínico diariamente.” – CE3*

*“ (...) cada vez mais os enfermeiros docentes não têm tempo nem oportunidade para acompanharem a evolução observada no domínio das práticas.” [Dos alunos] – AE10*

A categoria “**Ambiente clínico**” refere-se às características dos serviços e da organização dos ensinos clínicos que podem influenciar positiva ou negativamente a aprendizagem dos alunos em ensino clínico.

Relativamente ao ambiente clínico surge referência aos recursos humanos na narração de 2 enfermeiros cooperantes. A falta de docentes leva a um défice no acompanhamento dos alunos em ensino clínico (AE6, CE4).

*“Será que se valoriza a formação no contexto das práticas pelo seu real valor formativo ou pela necessidade de “entregar” os alunos a alguém para colmatar a falta de docentes?” – AE6*

Emergem 3 unidades de registo referentes às solicitações profissionais e à sua influência na disponibilidade para a Supervisão. Muitas vezes a sobrecarga de serviço conduz a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer (CE5), falta de apoio (AE3) e impossibilidade de questionamento imediato (BE6).

*“Gostaria de lhe ter dado mais apoio, mas não foi possível, dadas as solicitações que nos foram exigidas pelo momento que todos, profissionais e doente, estávamos a viver.” – AE3*

*“ (...) muitas vezes o enfermeiro cooperante não tem condições ideais para o apoio aos alunos, a sobrecarga de serviço e a orientação dos alunos, leva a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar os alunos a fazer.” – CE5*

Os enfermeiros cooperantes apontam diversos problemas na distribuição dos alunos em ensino clínico, nomeadamente o encaminhamento destes (AE6) e a rotatividade do aluno pelo serviço e a incompatibilidade de horário (2xBE7, BE10).

*“ (...) a rotatividade do aluno pelo serviço e a incompatibilidade de horário não permitiu uma abordagem profunda sobre o assunto.” – BE10*

A programação do ensino clínico é outro indicador considerado como problemático pelos enfermeiros, visto este estar desfasado da realidade dos serviços e desarticulado com as necessidades dos alunos (2xAE7, BE5).

*“ (...) muitas vezes o ensino clínico está completamente desfasado da realidade dos campos de estágio.” – AE7*

*[Ensino Clínico] “ (...) desarticulado com as necessidades específicas dos futuros profissionais e dos serviços onde eles irão exercer.” – AE7*

Verifica-se, ainda, que não existe sequencialidade nos ensinamentos clínicos de enfermagem, pois a informação recolhida num não é transmitida para futuros ensinamentos, perdendo-se informações importantes que poderiam contribuir para o processo de aprendizagem do aluno (2xBE10).

*“Escolhi este episódio para ilustrar a não existência de sequencialidade dos ensinamentos clínicos dos alunos de enfermagem.” - BE10*

*“A informação colhida no ensino clínico não é transmitida para futuros ensinamentos, para se poder colmatar “falhas” na aprendizagem do aluno.” – BE10*

A categoria “**Ambiente psicológico**” refere-se às características anímicas dos intervenientes em ensino clínico que podem influenciar positiva ou negativamente a aprendizagem dos alunos.

Pela leitura do Quadro verificamos que um enfermeiro cooperante referiu que durante o episódio que narrou não teve tempo para ser apoiado (AE7).

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que:

- Os enfermeiros cooperantes valorizam o ambiente clínico e a permanência do enfermeiro cooperante e do docente como condições essenciais para a supervisão em ensino clínico;

- Quanto à disponibilidade do docente, os enfermeiros cooperantes referem que há falta de docentes e falta de tempo; no entanto, em alguns casos ainda há acompanhamento diário.
- A sobrecarga de serviço conduz a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer, falta de apoio e impossibilidade de questionamento imediato.
- A programação do ensino clínico é considerada problemática, visto haver diversos problemas na distribuição dos alunos e este estar desfasado da realidade dos serviços e das necessidades dos alunos.

## **2.5 - Representações dos Enfermeiros Cooperantes sobre o processo de supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem.**

Relembramos que se definiu representação como: *uma construção mental resultante de um processo, pelo qual o sujeito desenvolve uma imagem relativa aos fenómenos (mundo representante) do meio ambiente (mundo representado).*

Partindo deste pressuposto elaboraram-se as seguintes categorias de análise:

- Conceito de supervisão;
- Relevância do processo de supervisão;
- Factores que influenciam o processo de supervisão;
- Responsabilidade do processo de supervisão;
- Características do supervisor.

Como anteriormente, apresenta-se um quadro com os resultados que serão comentados no texto.

**QUADRO IX – Representações do Processo de Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
CONCEITO DE SUPERVISÃO		Processo	"A supervisão em Ensino Clínico tem de ser contínua e tendo em conta todo o conjunto de trajectos anteriores efectuados pelo aluno bem como as suas vivências actuais."	BE8	6	5
		Produto	"A supervisão em ensino clínico deve ser orientada numa base tripartida, tridimensional e com três finalidades: desenvolvimento pessoal, desenvolvimento profissional e desenvolvimento da sociedade humana."	BE4	7	6
	TOTAIS DA CATEGORIA				13	11
RELEVÂNCIA DO PROCESSO DE SUPERVISÃO	Muito Importante	Controlo e apoio do percurso formativo	"A Supervisão em ensino clínico é demasiado importante para ser deixada ao acaso."	AE4	1	1
		Desenvolvimento de competências e aptidões profissionais	"A supervisão em Ensino Clínico é de extrema importância para o desenvolvimento das competências e aptidões dos alunos."	AE9	2	2
	Pouco Importante	-----	-----	-----	----	-----
	TOTAIS DA CATEGORIA				3	3
FACTORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE SUPERVISÃO	Facilitadores	Definição de objectivos de estágio	"Os objectivos a atingir pré-definidos pela instituição de formação (...) deverão trazer satisfação às necessidades formativas identificadas e que são múltiplas, variam no tempo e espaço e por vezes, não se conseguem satisfazer totalmente."	AE1	1	1
		Relação da teoria com a prática	" (...) só formaremos bons profissionais de Enfermagem se aliarmos aos conteúdos teóricos e científicos, uma prática no dia a dia dos contextos de trabalho."	AE3	1	1
		Formação	"Deveria haver formação inicial e contínua para os enfermeiros supervisores de ensino clínico."	BE9	2	2
		Observação contínua	" (...) exigência de uma supervisão de qualquer intervenção feita pelos alunos qualquer que seja a área."	CE7	1	1

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO EXEMPLIFICATIVA	N.º DE ORDEM	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
	Dificultadores	Alunos rotulados	“Porque é que apesar dos grandes desenvolvimentos conceptuais na área da formação de adultos (tão apregoados nas nossas escolas de Enfermagem) ainda vemos os alunos chegar aos nossos serviços previamente rotulados?”	AE6	1	1
TOTAIS DA CATEGORIA					6	6
RESPONSABILIDADE DO PROCESSO DE SUPERVISÃO	Atribuição	Enfermeiro Cooperante	“ (...) os profissionais das práticas devem ser progressivamente envolvidos e responsabilizados no processo de formação de novos profissionais.”	AE10	7	7
		Docente	“ (...) a supervisão do ensino clínico deveria ser feita essencialmente pelos professores das escolas.”	CE6	1	1
		Parcerias	“O projecto de estágio dos alunos deveria ser objecto de reflexão crítica e analítica por parte do docente, aluno e enfermeiro cooperante, ao longo de todo o processo de aprendizagem, naquela unidade de internamento onde o aluno se encontra a fazer o ensino clínico.”	BE2	2	2
	TOTAIS DA CATEGORIA					10
CARACTERÍSTICAS DO SUPERVISOR		Positivas	“ Para a supervisão do ensino clínico, o enfermeiro deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e essencialmente sócio-relacional.”	AE2	4	4
		Negativas	-----	-----	-----	-----
	TOTAIS DA CATEGORIA					4
TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA					36	34

Ao fazer a análise do Quadro IX facilmente se verifica que as categorias com mais unidades de registo se referem ao conceito de supervisão (13) e à responsabilidade do processo de supervisão (10). As restantes categorias variam entre 3 e 6 unidades de registo.

Em face dos dados, podemos concluir que os Enfermeiros Cooperantes sentiram necessidade de referenciar, durante a narração do episódio significativo, com maior frequência, o que acham que é e que deve ser a Supervisão e de quem deve ser a responsabilidade no Processo de Supervisão.

A categoria “**Conceito de Supervisão**” reporta-se ao conceito que cada Enfermeiro Cooperante tem do que é a Supervisão.

Através da análise do quadro podemos verificar que, das 13 unidades de registo desta categoria, 6 se referem à Supervisão como um processo, enquanto que 7 referem que a Supervisão visa um determinado fim, ou seja, apontam para o produto que resulta desse processo.

Quanto ao conceito de Supervisão como processo, verificamos que cada um dos 6 enfermeiros cooperantes refere alguns dos seus atributos. No seu conjunto, os enfermeiros cooperantes consideram a supervisão em ensino clínico como momentos privilegiados de reflexão (AE3), devendo ser contínua, apoiada no conhecimento do aluno e na consideração da sua individualidade, mas também como um todo (BE8, BE10). Sugerem ainda que a Supervisão se deve basear na comunicação (BE10) e que todos aqueles que participam neste processo devem ser um espelho que reflecta o seu profissionalismo (AE5). No entanto, apontam também um desfasamento entre teoria e prática neste processo (BE7).

*“A supervisão em Ensino Clínico tem de ser contínua e tendo em conta todo o conjunto de trajectos anteriores efectuados pelo aluno bem como as suas vivências actuais.” – BE8*

*“ (...) todos aqueles que contribuem para a formação de alunos devem ser um espelho que reflecta o seu profissionalismo (...) A supervisão em ensino clínico deve ser e tem que ser assim.”- AE5*

*“A supervisão em ensino clínico não deve ser o que hoje em grande escala se passa, um total desfasamento entre teoria e prática (...)” – BE7*

Relativamente ao conceito de Supervisão, no que toca às suas finalidades, os Enfermeiros Cooperantes acentuam determinados aspectos. 4 unidades de registo referem que a Supervisão visa o desenvolvimento de competências no aluno (AE7, 2xBE3, CE6). Das restantes 3 unidades de registo emergem aspectos da supervisão distintos, que apontam para a ideia de que, para realizar a Supervisão, tem que existir

como pano de fundo um saber ser e um saber estar (AE4), devendo, esta actividade ser orientada numa base tripartida e tridimensional para o desenvolvimento pessoal, o desenvolvimento profissional e o desenvolvimento da sociedade humana (BE4). A Supervisão deve promover no aluno uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino (AE10).

[O ensino clínico] “ (...) *deverá prepará-los [aos alunos] pessoal e profissionalmente para o desempenho da prestação de cuidados competentes e fundamentados cientificamente.*”- CE6

“*Não basta ensinar técnicas e mais técnicas se não houver como pano de fundo saber ser e saber estar*”- AE4

“*A supervisão em ensino clínico deve ser orientada numa base tripartida, tridimensional e com três finalidades: desenvolvimento pessoal, desenvolvimento profissional e desenvolvimento da sociedade humana.*”- BE4

[A Supervisão visa] “ (...) *promover no aluno uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino (...)* – AE10

Através do anteriormente analisado e numa tentativa de síntese podemos constatar que os Enfermeiros Cooperantes enfatizam a supervisão como promotora do desenvolvimento de competências no aluno. Da análise das unidades de registo emerge um conceito de Supervisão dos futuros profissionais de Enfermagem como um momento privilegiado de reflexão, devendo basear-se na comunicação e ser contínua. Deve ser orientada numa base tripartida e tridimensional tendo como pano de fundo saber ser e saber estar e orientar-se para o desenvolvimento pessoal, o desenvolvimento profissional e o desenvolvimento da sociedade humana. Todos aqueles que participam neste processo devem ser um espelho que reflecta o seu profissionalismo e devem ver o aluno de forma holística. A Supervisão visa o desenvolvimento de competências no aluno e deve promover neste uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade da prática profissional. No entanto, ainda existe um total desfasamento entre teoria e prática neste processo.



A categoria “**Relevância do Processo de Supervisão**” refere-se ao valor que os Enfermeiros Cooperantes atribuem a este processo.

Como podemos verificar no Quadro IX, todas as Unidades de registo desta categoria (3) referem a supervisão como muito importante.

Na realidade os Enfermeiros Cooperantes não referem somente que ela é importante, mas justificam qual a razão dessa importância: controlo e apoio do percurso formativo, desenvolvimento de competências e aptidões profissionais. Analisando as Unidades de Registo podemos verificar que a Supervisão é demasiado importante para ser deixada ao acaso (AE4), é muito importante para o aluno que está em formação, contribui para uma melhor competência e desenvolvimento profissional (AE8) e é de extrema relevância para o desenvolvimento das competências e aptidões dos alunos (AE9).

*“A supervisão é muito importante para o aluno que está em formação, há necessidade de orientá-lo, aconselhá-lo por vezes, ensinar como se faz para uma melhor competência e desenvolvimento profissional. É importante também que o aluno saiba que quem supervisiona também é amigo.” – AE8*

De referir ainda que nenhum Enfermeiro Cooperante atribuiu pouca ou nenhuma importância ao Processo de Supervisão, o que revela que os Enfermeiros têm consciência de que este processo é fundamental para o desenvolvimento de competências nos alunos em Ensino Clínico.

A categoria “**Factores que influenciam o Processo de Supervisão**” resultou da existência de diversas unidades de registo referentes aos múltiplos factores que podem interferir, positiva ou negativamente, no processo de supervisão.

Foram considerados, como factores, todas as circunstâncias que causem, directa ou indirectamente, algum fenómeno que, pela variabilidade da sua presença ou ausência, está relacionado com o sucesso ou insucesso do processo supervisivo.

Da análise das Unidades de Registo emergiram factores facilitadores e dificultadores. Como podemos verificar no Quadro IX apenas foi referido um factor dificultador, sendo os restantes (5) facilitadores.

Como único factor inibidor surge a referência à chegada dos alunos aos serviços, previamente rotulados (AE6). O Enfermeiro Cooperante que faz esta referência, questiona ainda a razão deste rótulo, pois *“apesar dos grandes desenvolvimentos conceptuais na área da formação de adultos (tão apregoados nas nossa escolas de Enfermagem) ”* estes ainda chegam aos locais de estágio previamente categorizados.

A definição de objectivos pela instituição de formação (AE1) foi referida pelos enfermeiros como um factor facilitador, pois se estes forem definidos correctamente deverão trazer satisfação às necessidades formativas identificadas. A relação da teoria com a prática (AE3) e a observação contínua dos alunos (CE7) foram igualmente apontadas como factores positivos, contribuindo assim para formar bons profissionais de Enfermagem. O factor que apresenta mais unidades de registo, embora só 2, e que é considerado fundamental para um processo de Supervisão sustentado é a formação inicial e contínua dos Enfermeiros (BE9, CE2).

*“Deveria haver formação inicial e contínua para os enfermeiros supervisores de ensino clínico.” – BE9*

À categoria 4 “ **Responsabilidade do Processo de Supervisão**” subjaz a pergunta: “De quem?” (Atribuição). O que tentámos saber foi a opinião dos Enfermeiros Cooperantes relativamente à atribuição da responsabilidade do processo de Supervisão. Assim, os Enfermeiros Cooperantes referiram que a responsabilidade do processo deveria ser dos Enfermeiros Cooperantes, com 7 unidades de registo, enquanto que, para os docentes, se regista apenas 1 unidade. Duas unidades de registo referem que deveria haver parceria neste processo.

Através da análise podemos constatar que os Enfermeiros Cooperantes atribuem grande sentido à responsabilidade que lhes é atribuída no processo de supervisão. Da análise das unidades de registo emergem alguns dos motivos porque estes pensam ter um papel fundamental no processo. Assim, podemos concluir que os Enfermeiros Cooperantes assumem maioritariamente que a responsabilidade é, ou deveria ser, deles.

Verificamos, no entanto, que não existe unanimidade no conteúdo das unidades de registo. Se uns justificam a razão desta responsabilidade, outros referem o modo como deve ser atribuída essa responsabilização, outros fazem uma crítica ao modo como é entregue a responsabilidade e ainda outros não apresentam qual ou quais os motivos dessa responsabilidade. Assim, alguns justificam que têm um papel fundamental como educadores/orientadores (AE4, BE2), outros referem que a responsabilização deve ser progressiva (AE10), que deve existir acompanhamento permanente e conhecimento do aluno (BE6) e que devem ter uma intervenção activa na planificação (BE10). Como referido, existe ainda uma crítica ao modo como é entregue a responsabilidade:

*“Penso que muitas vezes a supervisão dos percursos formativos dos alunos é delegada nos profissionais das práticas como quem se vê livre de um fardo.” – AE6*

Quanto à atribuição da responsabilidade ao docente, um dos Enfermeiros cooperantes refere que esta deveria ser essencialmente dos professores das escolas (CE3). Se relacionarmos esta opinião com o que foi descrito por este enfermeiro ao longo da narração do seu episódio significativo, encontra-se a justificação: os docentes têm um conhecimento mais profundo dos alunos em estágio.

Ainda existe a opinião, por parte de dois enfermeiros, de que a responsabilidade deve ser partilhada, ou seja, deve haver uma parceria entre Docente, Alunos, Enfermeiros Cooperantes (BE2) e Equipa de Enfermagem (BE9).

*“O projecto de estágio dos alunos deveria ser objecto de reflexão crítica e analítica por parte do docente, aluno e enfermeiro cooperante, ao longo de todo o processo de aprendizagem, naquela unidade de internamento onde o aluno se encontra a fazer o ensino clínico.” – BE2*

*“Neste processo todo intervêm essencialmente os alunos, o enfermeiro supervisor do ensino clínico, a equipa e, por vezes, o enfermeiro professor.” – BE9*

A categoria “**Características do Supervisor**” surgiu na medida em que os Enfermeiros Cooperantes referiram, na sua narração, algumas das principais características do supervisor.

Como podemos confirmar pela análise do Quadro IX, não foram identificadas nenhuma característica negativa. Embora os enfermeiros cooperantes refiram que os supervisores deveriam ter determinadas características positivas, não sabemos se consideram que realmente já as possuem ou que as deveriam possuir. Assim referem que o Supervisor deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e sócio-relacional (AE2), sentir-se responsabilizado pela formação dos alunos (AE10), aceitar os erros e aprender com estes (BE5) e saber, saber fazer e saber ser (CE3).

Apesar desta categoria ter apenas 4 unidades de registo podemos verificar que nestas se inclui um manancial de características muito abrangente e que os enfermeiros cooperantes identificam, entre outras, a competência formativa, reflexiva e relacional como características fundamentais do supervisor.

Realizada a análise desta área temática, podemos concluir que os enfermeiros cooperantes entendem que:

- A Supervisão em Ensino Clínico é um momento privilegiado de reflexão e de comunicação, devendo ser contínua e orientada para o desenvolvimento pessoal, o desenvolvimento profissional e o desenvolvimento da sociedade humana;
- Todos aqueles que participam no processo de supervisão devem ser competentes profissionalmente e ver o aluno holisticamente;
- A supervisão visa o desenvolvimento de competências no aluno e deve promover neste uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino;
- Existe um desfasamento entre teoria e prática no processo de Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem;

- A supervisão é demasiado importante para ser deixada ao acaso pois é muito importante para o aluno que está em formação no desenvolvimento das competências e aptidões;
- A definição de objectivos pela instituição de formação, a relação da teoria com a prática, a vigilância contínua dos alunos e a formação inicial e contínua dos Enfermeiros é fundamental para um processo de Supervisão sustentado;
- A responsabilidade pelo processo de supervisão é, ou deveria ser, dos enfermeiros cooperantes, embora alguns reconheçam que a responsabilidade no processo de Supervisão deve ser partilhada entre Docente, Alunos, Enfermeiros Cooperantes e Equipa de Enfermagem.
- O Supervisor deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e sócio-relacional e sentir-se responsabilizado pela formação dos alunos.

Para finalizar a análise interpretativa dos dados recolhidos através das narrativas dos episódios significativos dos enfermeiros cooperantes apresenta-se a Tabela 6 que apresenta a distribuição das unidades de registo segundo a área temática.

Pela análise da tabela 6, podemos verificar que as áreas temáticas mais relevantes para os enfermeiros cooperantes na narração dos seus episódios significativos foram o Desenvolvimento de Competências em ensino clínico (35,77%) e a Relação em contexto de Supervisão (25,61%). Como referido aquando da análise do Quadro II, a área temática com menor relevância para os enfermeiros foram as condições de trabalho.

Será que as incidências estão de acordo com as informações recolhidas na bibliografia consultada? Será que se conseguiu encontrar resposta às preocupações enunciadas no início deste estudo? Que contributos trouxe este estudo? Será que os resultados encontrados se encontram de acordo com os autores citados?

**Tabela 6 – Distribuição das unidades de registo segundo a área temática**

<b>ÁREA TEMÁTICA</b>	<b>Freq. Abs. U.R.</b>	<b>%</b>
Desenvolvimento de Competências em Ensino Clínico de Enfermagem	88	35,77
Relação em contexto de supervisão em Ensino Clínico.	63	25,61
Estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico.	36	14,64
Condições de Trabalho para a Supervisão em Ensino Clínico	23	9,35
Representações dos Enfermeiros Cooperantes sobre o Processo de Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem.	36	14,63
<b>TOTAL</b>	<b>246</b>	<b>100,00</b>

Tentaremos dar resposta a estas questões na discussão dos resultados que apresentamos de seguida.

### **CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Com base nos resultados obtidos no presente trabalho procurámos abordar neste capítulo os principais pontos de discussão que este estudo suscita. Tal como no capítulo anterior, organizámos a discussão em função dos resultados encontrados para cada área temática. Apesar de discutirmos separadamente os principais pontos emergentes da análise interpretativa, temos consciência de que estes se cruzam e se interrelacionam entre si.

Para a presente discussão dos resultados contribuíram as ideias que emanaram da literatura científica, da leitura das narrações dos episódios significativos, das aulas de mestrado, das reuniões de orientação da tese, da experiência profissional e das próprias concepções sobre a supervisão e o ensino clínico de enfermagem.

O estudo baseia-se na análise de conteúdo de narrações de episódios significativos de 30 enfermeiros cooperantes na supervisão em ensino clínico. Estes enfermeiros narraram episódios em que o aluno e eles próprios foram os protagonistas, dando também relevância a episódios em que intervêm os doentes e a equipa de enfermagem do serviço. Esta relevância deve-se ao facto de estes últimos protagonistas estarem sempre presentes no processo de supervisão em ensino clínico. No entanto, é surpreendente que os docentes não sejam muito referidos nas narrações dos episódios, dado que estes também são intervenientes principais neste processo.

Cerca de 80% das narrações referem-se a episódios que deixam transparecer uma conotação negativa, razão pela qual lhe atribuímos valoração negativa, contra 16,67%, aos quais atribuímos valoração positiva: na interpretação deste resultado deve ter-se em conta a opinião de Carpenter (2000), que refere que os relatos negativos tendem a ser enfatizados.

A maioria dos episódios relacionam-se com a prestação de cuidados de enfermagem pelo aluno, e a maior parte revela uma valoração negativa. Atribuímos valoração negativa a estes episódios devido ao facto de os enfermeiros narrarem situações em que o aluno cometeu erros do foro técnico ou teórico, sendo estes encarados de forma negativa pelos profissionais. Os enfermeiros consideram estas

situações como graves pois acarretam, ou poderiam acarretar, consequências para os doentes.

Também deram realce à avaliação e à orientação em ensino clínico, pelo que poderemos concluir que são duas questões significativas para os enfermeiros. A avaliação e orientação de alunos foram narradas como processos de difícil gestão e execução por parte dos enfermeiros cooperantes.

Na realidade, avaliar e orientar alunos não é fácil, sendo necessário experiência e formação para facilitar este processo. Os enfermeiros cooperantes referem, em alguns episódios, que necessitam de formação em supervisão para melhorar a sua prática supervisiva.

A área temática “condições de trabalho” aparece pouco representada, pois 66,67% dos enfermeiros não fazem qualquer referência às condições que têm para exercer a supervisão. Este valor é surpreendente, dado que são essenciais as condições de trabalho para uma correcta supervisão dos alunos.

A esmagadora maioria dos enfermeiros cooperantes (96,67%) referem estratégias supervisivas em ensino clínico. Esta percentagem é compreensível, pois os enfermeiros, nas suas narrações de episódios significativos, não se limitaram à descrição da situação, mas descreveram também as estratégias formativas que adoptaram.

A relação em contexto supervisivo também é importante para os enfermeiros, pois 56,67% destes faz referência às relações interpessoais e interinstitucionais. Esta importância é referida pelos enfermeiros cooperantes como primordial para a aproximação entre supervisores e supervisados e entre escolas e instituições de saúde. Alarcão e Tavares (2003:61) fazem referência ao modo como se deve desenrolar o processo de supervisão dos professores:

*“ Efectivamente, para que o processo de supervisão se desenrole nas melhores condições é necessário criar um clima favorável, uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre o supervisor e o professor.”*

Este clima favorável, a que se referem os autores, também é narrado pelos enfermeiros cooperantes (como veremos posteriormente), embora por outras palavras. Podemos assim concluir que os enfermeiros consideram a relação interpessoal como um “pilar” que irá suportar o processo de supervisão.



No entanto, na supervisão, não deveremos sobrevalorizar a relação em detrimento do acompanhamento técnico e científico que o supervisor deve fazer para a aprendizagem do aluno futuro profissional de enfermagem. Os enfermeiros, no presente estudo, dão relevância acentuada à relação interpessoal, mas também referem como importante o acompanhamento técnico e científico que deve ser feito durante o ensino clínico. Podemos assim concluir que os enfermeiros, apesar de valorizarem a relação interpessoal, não desvalorizam completamente a relação científica.

Após esta análise mais abrangente, de seguida iremos centrar-nos em cada uma das áreas temáticas enunciadas no capítulo anterior.

### **Desenvolvimento de competências em ensino clínico de enfermagem**

A participação dos alunos num processo de mudança e a sua integração na equipa multidisciplinar, o assumir dos doentes na globalidade, projectando a continuidade dos cuidados, requerem o desenvolvimento de um conjunto de novas competências não só no aluno mas também nos seus supervisores. Também os supervisores necessitam de desenvolver competências no âmbito da supervisão em ensino clínico para que, em conjunto, possam apoiar o aluno no seu processo de crescimento profissional e pessoal.

A competência envolve não só a apropriação significativa de conhecimentos científicos, técnicos e humanos mas também a realização de acções na prática. No ensino clínico de enfermagem, a ênfase tem de ser direccionada para a aquisição e desenvolvimento de novas competências, para desenvolvimento global da pessoa, para além da aquisição de determinados saberes específicos (Carvalho, 2003).

Esta aquisição e desenvolvimento só são possíveis quando o aluno, perante a situação concreta da prática, necessita de aplicar os seus conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem. Aliada a este processo de desenvolvimento do aluno, está a supervisão.

Tal como na literatura consultada, os enfermeiros cooperantes, na narração dos episódios significativos, referiram-se ao desenvolvimento de competências nos diversos actores envolvidos neste processo, pelo que sentimos necessidade de subdividir esta área temática por referência aos diferentes actores.

### *Desenvolvimento de competências no aluno*

Na análise de conteúdo dos episódios, verificámos que os enfermeiros valorizam, no aluno, essencialmente o desenvolvimento de competências atitudinais e a mobilização de competências cognitivas para a prestação de cuidados.

Esta valorização não está de acordo com o que Carvalho (2003) concluiu, pois esta autora refere que, para uma aprendizagem profissionalizante, além das componentes cognitivas, afectivas e relacionais, o futuro profissional de enfermagem terá que ter sempre presente as componentes psicomotoras. Ou seja, os cuidados de enfermagem não se baseiam somente em atitudes e em conhecimentos; o profissional de enfermagem deverá também ser competente a nível técnico, pois só assim o doente e a restante equipa multidisciplinar conseguirão confiar nele. Só através da conjugação das diversas competências de enfermagem, o enfermeiro conseguirá demonstrar segurança perante a pessoa que necessita dos seus cuidados.

Aliada a esta competência técnica deve estar a fundamentação científica. A integração de conhecimentos teóricos na prática profissional é entendida como fundamental pelos enfermeiros cooperantes, pois a transferência dos conhecimentos teóricos para a prática permite uma maior confiança e segurança na prestação de cuidados.

Na realidade, o aluno, quando em ensino clínico, confronta-se com situações novas, pois, estando habituado a desenvolver as técnicas na escola, com modelos e situações fictícias, passa a cuidar de pessoas em situação real. Perante este confronto o aluno deve ser capaz de transferir os conhecimentos teóricos aprendidos na escola para aquela situação real. Esta capacidade de adaptação é valorizada pelos profissionais da prática, não sendo, no entanto, sempre conseguida pelo aluno, como demonstram os resultados.

É no ensino clínico que o estudante começa a compreender o porquê de determinados conhecimentos teóricos pela experiência que vai adquirindo. A realidade dos cuidados de enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada, a partir da realidade que ele observa nos serviços.

Carvalho (2003), a este propósito, afirma que o aluno deverá dar conta da distância existente entre um mundo em que se enunciam as verdades (segundo a lógica didáctica) e um mundo em que se exige eficácia (em nome da lógica produtiva).

Podemos concluir que, para um melhor desenvolvimento de competências no aluno em ensino clínico de enfermagem, dever-se-á entrosar a teoria na prática, assim como estimular a sua auto-confiança e determinação, para que o enfermeiro de amanhã seja um profissional competente.

Os enfermeiros cooperantes referem que os alunos de enfermagem não se encontram preparados teoricamente para enfrentar a prática clínica. Estes desvalorizam o estado dos doentes, negligenciando os cuidados de que estes necessitam. Na narração dos episódios, os enfermeiros escrevem que os alunos, perante a urgência de determinado procedimento, o adiam ou referem não estar preparados teoricamente para o executarem.

A este propósito, Martin (1991) refere que é no ensino clínico que o futuro profissional de enfermagem vai construindo o seu saber profissional. Este saber é construído através de interações com profissionais de saúde e pela análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, relacionando-as com os saberes teóricos. Mas, para a construção do conhecimento não basta uma participação passiva da parte do aluno, ele tem que participar activamente nesta construção e tem que possuir uma base científica onde possa fundamentar a sua actuação. Costa (1998) refere que a prática se aprende na prática. Contudo, para o aluno “praticar” necessita primeiro de dominar a teoria. Como refere Usher e Bryan (1992:87), *“a teoria não se projecta como um conhecimento generalizado e abstracto aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática”*.

Mas, se a pessoa não estiver predisposta a aprender, por mais atractiva que seja a informação disponibilizada (conhecimento público), esta nunca se transformará em conhecimento próprio. É oportuno recordar Alarcão (1991:10), já anteriormente citada: *“Ninguém pode educar o formando se ele não se souber educar a si próprio”*.

A par da interactividade entre a teoria e a prática, os alunos necessitam de desenvolver competências comunicacionais, aprendendo a relacionar-se com os utentes e com os profissionais. Esta necessidade de aprendizagem é referenciada nos episódios pois, talvez por alguma insegurança e inexperiência, os alunos envolvem-se emocionalmente com os doentes, originando este envolvimento repercussões negativas para o estabelecimento da relação terapêutica.

Os enfermeiros cooperantes mostram-se preocupados com esta atitude porque o enfermeiro, no seu dia-a-dia, vive situações de difícil gestão a nível emocional que necessita de aprender a gerir. O envolvimento desmedido pode trazer repercussões

negativas e “patológicas” não só para o doente mas também para o profissional de enfermagem. Por isso, os utentes esperam que o enfermeiro seja o apoio que necessitam nesses momentos, e este não se pode envolver demasiado, prejudicando assim a relação de ajuda que seria suposto estabelecer.

Da análise dos episódios emergiu, que associada a esta insegurança e inexperiência, alguns alunos de enfermagem aceitam acriticamente as decisões das outras pessoas abstando-se de argumentar, mesmo que não concordem com as decisões tomadas. A ausência de participação do aluno na “vida” do serviço reduz a sua iniciativa aos cuidados directos e imediatos aos utentes, marginalizando-os de todo o contexto global dos serviços. Este aspecto poderá produzir insegurança nos alunos que, perante a necessidade de executar determinado procedimento, por vezes ficam tão nervosos que falham a técnica e só com a repetição e acréscimo de auto-confiança conseguem ultrapassar este obstáculo.

É também na prática clínica, através das inter-relações com os profissionais de enfermagem e outros que, para além da aprendizagem real e efectiva, se constrói a identidade profissional. Martin (1991), sugere que deve-se permitir ao estudante em ensino clínico imitar, rejeitar e experimentar, por ele próprio, as práticas, os comportamentos profissionais e os conhecimentos adquiridos, porque é em ensino clínico que o estudante forma, de modo particular e progressivo, o seu sistema de valores, as suas normas de comportamento profissional e o seu estilo ético, em função das suas próprias características, das dos utentes, da estrutura e das concepções de cuidados de enfermagem.

Apareceram também, nos resultados, outros elementos não menos preocupantes que os anteriores. Os alunos, ao realizarem a colheita de dados, devem ter como objectivo uma acção terapêutica. Contudo, este aspecto não se verifica por vezes, havendo omissão de dados importantes, o que não permite uma sequencialidade na avaliação do estado do doente.

Provavelmente associado às manifestações de desconfiança nos alunos, e atrevendo-nos a fazer alguma inferência, os enfermeiros cooperantes não se referiram à capacidade estratégica dos alunos de enfermagem. Esta inferência deve-se à não referência nos episódios ao planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas.

Bento (1997) discorda com a não valorização da capacidade estratégica dos alunos, pois afirma que a formação do enfermeiro é um percurso de apropriação pessoal

e reflexivo dos saberes, sendo os alunos os gestores dos apoios e influências exteriores ao longo do percurso.

Relativamente a este aspecto concordamos plenamente com Bento, pois se não valorizarmos a capacidade estratégica dos alunos como é que vamos formar enfermeiros estrategicamente competentes?

Podemos então concluir, após o anteriormente exposto, que os enfermeiros cooperantes valorizaram no aluno a integração de conhecimentos teóricos na prática profissional, a identificação das necessidades do utente/família/grupo, a tomada de decisão, a relação empática, a adaptação da linguagem, a comunicação na colheita de dados, os registos de enfermagem, a abertura e disposição para o trabalho em equipa, a responsabilidade pessoal e profissional, o envolvimento emocional, a aceitação das dificuldades, a aceitação acrítica, a participação na avaliação do ensino clínico, o cumprimento de normas e critérios do serviço e as competências motoras, de destreza e habilidades manuais.

#### *Desenvolvimento de competências no enfermeiro cooperante*

O ensino clínico cada vez mais se afigura como um processo formativo complexo, exigindo aos supervisores competências pedagógicas, de enfermagem e pessoais, fundamentais à relação de ajuda que o aluno necessita para a aprendizagem. Os enfermeiros cooperantes, na narração dos episódios, atribuem importância às capacidades ou ao desenvolvimento destas com o objectivo de conhecer as metodologias, estratégias e conteúdos da formação. Referem a flexibilidade no processo de ensino/aprendizagem, a capacidade de identificar as necessidades dos alunos e a capacidade de estimular e motivar para a aprendizagem como elementos importantes para a supervisão em ensino clínico.

O supervisor movimenta-se num jogo de forças decorrente da interacção estudante/escola/organizações de saúde/sociedade e da sua própria maneira de ser como pessoa. Apesar da responsabilidade em encaminhar e guiar o supervisionado, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos. Esta capacidade de auto-supervisão do aluno não foi valorizada pelos enfermeiros cooperantes, o que corrobora o que anteriormente foi dito acerca da não valorização da capacidade estratégica dos alunos de enfermagem.

Além da observação e interpretação das acções dos alunos, também os enfermeiros cooperantes, no nosso entender, devem ser capazes de se auto-supervisionar, necessitando para tal, segundo os enfermeiros cooperantes, de desenvolver a capacidade de aprendizagem que é, em grande medida, experiencial e contínua, a reflexão sobre a vivência dos episódios para valorização a nível pessoal e profissional, e a responsabilidade, assumindo os seus erros e o seu papel na formação em ensino clínico.

Os enfermeiros cooperantes narram episódios que nos indicam que, no acto de introspecção, necessitam de ter a capacidade de análise e avaliação do desempenho e desenvolvimento dos processos de formação e de avaliação dos alunos, das suas atitudes e das do aluno, dos factores que influenciam a avaliação e de situações relacionadas com o papel dos enfermeiros cooperantes e com o processo de formação em enfermagem.

A este propósito, julgamos fundamental que o supervisor analise e avalie constantemente as suas práticas supervisivas para que, através desta capacidade auto-crítica, consiga reformular ou até mesmo melhorar a sua interacção com o formando.

Mas a análise e avaliação não são actos isolados, devendo estar entrosadas no processo de supervisão do aluno. Também não deverão ter como objectivo apenas um “olhar” sobre uma determinada situação. A análise e avaliação devem ser orientadas para a acção e para a compreensão do seu significado em relação a um contexto ou situação – no nosso caso, o ensino do que é ser enfermeiro. Só a análise e a avaliação não chegam, elas têm de ter a força para provocar a acção, isto é, levar os intervenientes a repensar o seu ensino. Este processo pode ser potenciado se existir um ambiente propício, como por exemplo, uma equipa colaborativa como uma forma de enriquecer a análise e avaliação individual.

Na análise interpretativa apresentada no capítulo anterior verificámos que os enfermeiros cooperantes atribuem importância à capacidade de comunicação assertiva como contributo para a formação dos novos enfermeiros, considerando a gestão de emoções como uma competência desenvolvida, ou a desenvolver, para melhorar a comunicação interpessoal.

Analisando esta afirmação dos enfermeiros cooperantes recordo que, enquanto supervisores, não nos podemos deixar levar pelo impulso inconsciente e ter uma reacção de punição perante o supervisionado. Temos que ter uma atitude de suporte, de cuidar, pois só assim o supervisionado pode “crescer” até à sua emancipação. As atitudes

punitivas são redutoras no desenvolvimento profissional do aluno, pois este, ao ser punido por determinada atitude, numa próxima experiência vai ficar inibido, não demonstrando o seu verdadeiro “eu” ao supervisor. No entanto, também devemos ter cuidado com o envolvimento desmedido, pois poderá trazer consequências irremediáveis quer para o supervisor quer para o supervisionado.

Na narração de episódios significativos, os enfermeiros não se referiram ao desenvolvimento das suas competências técnicas. É surpreendente que estas competências não sejam referenciadas pelos enfermeiros cooperantes, dado que, na supervisão em ensino clínico, as competências técnicas do supervisor são fundamentais. Esta ausência de referência pode estar relacionada com a dificuldade que todos temos em criticarmos o nosso exercício, visto que os enfermeiros cooperantes se referiram ao desenvolvimento de competências técnicas nos alunos e nos docentes. A ausência também pode ser derivada da convicção de que, se um enfermeiro é supervisor em ensino clínico é porque possui competência técnica no exercício da profissão, supondo por isso que não necessita de reflectir sobre a sua prestação como “supervisor técnico”.

Sistematizando os resultados encontrados, podemos referir que os enfermeiros cooperantes julgam importante, para o desenvolvimento de competências como supervisores do ensino clínico, a mobilização e gestão de saberes, a identificação de necessidades, a estimulação e motivação da aprendizagem, o saber experiencial, a responsabilidade, a aprendizagem contínua, a análise e avaliação da formação dos alunos, da atenção, do processo de avaliação do aluno, do papel dos enfermeiros cooperantes e da formação em enfermagem, a capacidade de comunicação assertiva e a gestão de emoções.

#### *Desenvolvimento de competências no docente*

Os resultados mostraram-nos que os enfermeiros cooperantes, na sua maioria, referem que os docentes são apontados por não coordenarem os conteúdos programáticos com as práticas, ou por não possuírem a destreza exigível para a prática de cuidados.

A este propósito, Figueiredo (1995) e Franco (2000) referem que os docentes estão afastados da prática clínica e, por isso, fazem um ensino desinserido da realidade, ou demasiado teórico para a realidade. Assim, aquando do ensino clínico, o docente é

visto como incompetente, quer pelos enfermeiros quer pelos alunos, pois é difícil, se não impossível, este dominar a prática clínica quando desinserido da realidade daquele serviço.

Aliada a esta “incompetência” dos docentes, os enfermeiros acrescentam que estes não vêem o aluno de forma holística havendo necessidade de recorrer às informações dos enfermeiros cooperantes em ensino clínico. Acrescentam que as suas atitudes permissivas podem influenciar o futuro enfermeiro que está em formação.

Acerca da visão holística do aluno, Simões e Simões (1997) refere que a elaboração de qualquer modelo deve incidir em relações interactivas complexas definidas no quadro de um nível de análise holístico. Byrnes (1986, citado em Santos, 2000) realça que, assim como a teoria holística está ligada à singularidade e totalidade da pessoa, talvez este conceito possa ser aplicado por semelhança, à singularidade e totalidade de cada aluno em diferentes situações de aprendizagem.

Da leitura geral dos episódios significativos podemos extrair algumas referências para a solução desta questão. Os enfermeiros cooperantes referem que, quando os supervisores de ensino clínico conseguirem ver o aluno numa perspectiva holística, e atrevemo-nos a acrescentar humanista, então a formação do aluno em ensino clínico terá dado um passo de gigante rumo ao conceito ideal de supervisão.

Contraditoriamente alguns enfermeiros referem que os docentes, por contacto prévio com os alunos, se encontram em vantagem para definir as necessidades destes, conseguindo seleccionar a melhor metodologia, estratégia e conteúdos de formação.

O processo de avaliação do aluno pelo docente revela-se fulcral no entender dos enfermeiros cooperantes, uma vez que aqueles assumem um papel preponderante e eficaz no questionamento de conhecimentos aos alunos.

Ao analisarmos estas últimas referências, pensamos que os enfermeiros cooperantes, apesar de afirmarem que o docente não vê o aluno como um todo, reconhecem que este é mais competente no planeamento da formação e na avaliação dos alunos.

A este propósito Poletti (1983) refere que o papel do professor é o de ajudar (processo de sustentabilidade) o estudante, apoiando o seu ideal ético, o seu investimento intelectual e afectivo e o seu desejo de diálogo acerca dos cuidados que aprende a prestar e, ainda, estar presente para estabelecer este diálogo (com um certo grau de alteralidade).



Podemos assim concluir que os enfermeiros cooperantes valorizaram no docente a mobilização e gestão de saberes, a identificação de necessidades, a estimulação e motivação da aprendizagem, a análise e avaliação da orientação, do processo de avaliação do aluno e da abertura e o nível de actualização técnica. Mas, estas competências nem sempre se encontram desenvolvidas no docente, pois são “criticados” pelos enfermeiros por não se encontrarem actualizados tecnicamente e por não coordenarem a teoria com a prática.

### **Relação em contexto de supervisão em ensino clínico**

A relação sem conteúdo é vazia; o conteúdo sem uma boa relação é cego. Talvez seja por esta razão que os enfermeiros cooperantes atribuíram tanta importância à relação em contexto supervisivo. Se recorrermos ao enquadramento teórico deste estudo, facilmente verificamos que a maioria dos autores, que já realizaram estudos no âmbito do ensino clínico, referem que a relação é muito importante no desenvolvimento de competências dos alunos. No entanto, o desenvolvimento de competências e consequente supervisão não se alicerça somente na relação, pois tem que existir um fundamento científico e técnico subjacente.

Os enfermeiros cooperantes, durante a narração dos episódios significativos, referiram-se maioritariamente às relações interpessoais em contexto da supervisão relativamente às relações interinstitucionais.

Actualmente a relação é encarada, por muitos enfermeiros, como a pedra angular da supervisão, e quando questionados sobre a supervisão em ensino clínico, normalmente associam esta prática à relação que estabelecem com o aluno, ou seja, à comunicação interpessoal.

A comunicação gera e sana conflitos, compromete e revoluciona a história de cada um, ressuscita ou mata a esperança no futuro, no entanto se a supervisão se basear apenas em comunicar com o aluno, de certeza que não estamos a formar profissionais de enfermagem competentes a todos os níveis. Isto não quer dizer que a comunicação não é importante, pois a aprendizagem só será beneficiada por uma relação supervisiva de suporte em que a natureza da comunicação é factor fulcral (Sá-Chaves, 2001).

Este enfoque na relação interpessoal está relacionado com a necessidade de apoio que os alunos sentem aquando da vivência de situações difíceis. Os enfermeiros narram nos seus episódios que sentem necessidade de apoiar os alunos em situações críticas, e sentem-se motivados quando conseguem ultrapassar estes obstáculos. Tendo este aspecto como pressuposto, os enfermeiros tendem a sobrevalorizar a relação interpessoal, podendo negligenciar outras atribuições também importantes, como por exemplo a fundamentação científica.

Nas narrativas, os enfermeiros referem que, na relação supervisiva, pode surgir a omissão de factos e sentimentos aquando de incompatibilidade de personalidades entre o enfermeiro cooperante e o aluno, ou até mesmo por medo. Aquando da análise, verificámos que os enfermeiros se mostram preocupados com este aspecto considerando-o grave, dado que revela falta de confiança entre os intervenientes e dificulta o processo de avaliação do aluno.

Outra das referências não menos preocupantes, diz respeito às situações em que os alunos são confrontados pelos enfermeiros cooperantes sobre o seu desempenho. Alguns alunos reagem com violência/agressividade às críticas. Os enfermeiros cooperantes admitem que também revelam algum descontrolo verbal perante as atitudes imaturas dos seus alunos. Assim, e para evitar episódios deste género, consideram necessário conhecer as personalidades dos alunos a fim de evitar determinados episódios marcantes para ambos.

As situações problemáticas na relação interpessoal não se limitam à relação supervisor – supervisionado, sendo referido nas narrações que alguns alunos sentem dificuldades na relação que transmite segurança aos utentes, sendo necessário melhorar a sua auto-determinação através do diálogo.

Na realidade, as primeiras etapas do percurso profissional são, de facto, determinantes para a aquisição da autonomia profissional pois as respostas do meio às interacções do aluno, primeiro na escola e depois no local de estágio, vão traçar a matriz do estilo de relação que o aluno irá adoptar na sua relação futura quando profissional. Podemos assim concluir que é muito importante o aluno aprender a relacionar-se com os utentes, pois só assim conseguirá estabelecer uma relação de ajuda terapêutica com estes.

Os enfermeiros cooperantes referiram que o diálogo e apoio entre docentes e enfermeiros cooperantes proporcionam satisfação e constituem uma base de confirmação da avaliação dos alunos. Mas esta realidade nem sempre é verificada, o que

faz com que os primeiros se sintam “desacreditados” na sua opinião, face à opinião dos segundos.

A este respeito Figueiredo (1995) refere que há falta de comunicação efectiva entre os enfermeiros docentes e os enfermeiros dos serviços. As relações existentes entre estes profissionais caracterizam-se sobretudo por alguma formalidade e distanciamento relativamente à realidade social que se vive nos serviços. Os enfermeiros dos serviços mantêm-se geralmente à margem de todo o processo de formação dos alunos, desconhecendo, na globalidade, as orientações do estágio.

Bento (1997) sugere que uma maior interpenetração entre docência e exercício profissional proporcionará ao ensino de enfermagem relevância e adequação da disciplina face às necessidades dos formandos. Só quando existir este tipo de colaboração entre os diversos intervenientes no processo de supervisão, estaremos a caminhar na direcção certa para uma supervisão adequada e sustentada com uma atitude permanente de *care* perante o aluno de enfermagem.

Além desta desacreditação por parte dos docentes, os enfermeiros referem que a equipa de enfermagem desvaloriza o seu trabalho enquanto supervisor, podendo resultar no aumento de tensão entre alguns elementos. Desta desvalorização, referenciada por alguns enfermeiros cooperantes, derivam diversas atitudes como, por exemplo, a revolta, a angústia e até mesmo a desmotivação para a supervisão em ensino clínico.

As referências negativas não terminam aqui. Ao debruçarem-se acerca da comunicação entre Escola e Instituições de Saúde, os enfermeiros referem, que na maioria dos casos, esta não existe, nem dedicação por parte da escola aos seus alunos e às suas obrigações nos campos de estágio. Por vezes esta comunicação é referida como satisfatória, mas nunca como boa.

Franco (2000) aponta, como uma das prováveis razões deste afastamento, a “desarticulação” real entre a teoria e a prática. Para que a orientação dos alunos seja efectivamente participada pelos enfermeiros, é fundamental que exista uma mudança na articulação efectiva entre as instituições (Negrão, 1993, citado em Franco, 2000:39), pois a formação em enfermagem só se concretiza quando, aos estudantes, são proporcionadas aprendizagens nos dois espaços formativos: a escola e as organizações de saúde. A este propósito, Abreu (2003) sugere que um dos caminhos a seguir poderá ser o das parcerias entre escolas e instituições de saúde, de cujo processo ambas beneficiarão.

A comunicação entre escola e instituições de saúde deveria ser, na opinião dos enfermeiros cooperantes, de maior partilha de conhecimentos e metodologias, deveria permitir estabelecer um vínculo mais profundo com os alunos, com articulação efectiva entre ambos, formativa e comunicativa, o que vai de encontro ao defendido por Abreu (2003), quando se refere às parcerias.

Numa tentativa de resolução desta problemática, Gonçalves *et al* (1995) sugerem o reconhecimento de capacidades e potencialidades aos profissionais dos serviços para, desse modo, desenvolverem uma melhor articulação escola/serviços. Pensamos que estes autores sugerem uma estratégia pertinente, pois quando as pessoas são envolvidas no processo e lhes são atribuídas responsabilidades, encaram o desafio com outro ânimo e sentem-se recompensadas por este esforço.

### **Estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico**

Carvalho (2003), baseada em vários autores, aponta como estratégias de orientação para o desenvolvimento da prática e dos saberes na acção: demonstrações, simulações de situações reais em sala de aula, estudos de caso, reuniões de estágio, formulação de questões reflexivas, debates e discussão.

Verificámos que, na narração dos episódios significativos, os enfermeiros referiram diversas estratégias muito semelhantes às enunciadas por Carvalho (2003). No entanto pensamos que as reuniões de estágio e os debates e discussões não são verdadeiras estratégias supervisivas, mas sim situações que contextualizam estratégias de supervisão.

Na narração dos episódios, os enfermeiros cooperantes referem que, perante uma situação problema, os enfermeiros necessitam de clarificar, interpretar, confrontar e avaliar a situação para posteriormente reconstruírem e aplicarem as estratégias com o objectivo de encontrar soluções. Os resultados encontrados vão de encontro à opinião de Martin (1991). Este autor considera que, para promover a apropriação de saberes no estudante, é indispensável explorar situações de cuidados, de trabalho e pedagógicos, de modo a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas faculdades mentais perante casos reais, levando a que passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstracta e conceptual.

A construção do saber em enfermagem é feito através da exploração de situações concretas, o que permite, ao aluno, desenvolver e exercer as suas faculdades intelectuais. Ele aprende pela descoberta do ambiente, explorando-o e centrando a sua atenção na experiência contextual. Assim, a aprendizagem clínica permitirá desenvolver competências em situações semelhantes e diferentes, com condições afectivas e materiais para a tomada de decisões.

Da análise concluímos que deve existir, também, uma descrição da situação permitindo uma percepção reflectida dos acontecimentos mais marcantes, seguida de uma análise para ajudar na reorganização da experiência, pretendendo definir o objecto de atenção/reflexão. Esta descrição, por vezes, ocorre nas reuniões de estágio, realizadas com a equipa responsável pelo ensino clínico, com vista à clarificação e interpretação da situação, permitindo o debate de questões relevantes para a supervisão do aluno. Pensamos que estas reuniões são importantes, pois é através das diferentes concepções dos intervenientes que conseguiremos chegar às soluções ou às estratégias a utilizar para a melhor aprendizagem do aluno.

O confronto também é referido nas narrações, surgindo aquando da solicitação de conteúdos teóricos, através do questionamento, para aplicação na prática. Este questionamento tem como finalidade evitar a execução empírica dos cuidados de enfermagem. Esta estratégia é benéfica no sentido de levar o aluno a desenvolver o seu raciocínio clínico na resolução de problemas.

Ao longo das narrativas surgiram referências à reorganização de uma determinada prática reflexiva e melhoramento do projecto “profissional” do aluno no que respeita a objectivos e actividades. Na nossa opinião, esta reconstrução só pode surgir após a análise detalhada com o aluno, o que implica que este consiga delinear o seu percurso profissional discutindo e argumentando as linhas que o orientaram quando questionado pelo supervisor. Esta estratégia é benéfica na medida em que dá ao aluno alguma liberdade de programar o seu percurso.

A avaliação foi indicada pelos enfermeiros cooperantes como estratégia promotora de reflexão, através da crítica construtiva, feita com o objectivo de melhorar o desempenho do aluno. Os enfermeiros cooperantes consideram esta estratégia de difícil gestão, e de difícil execução, pois sentem muitas dificuldades ao realizar a avaliação dos alunos em ensino clínico. Também referem que, muitas vezes, essa avaliação não é compreendida pelos alunos, achando estes últimos que são alvo de injustiças.

No processo de Supervisão, também foi referenciada como estratégia a análise de casos. Esta deve permitir a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada de situações profissionais. Esta análise poderá ser realizada num espaço mais alargado do que o existente entre supervisor-aluno, como por exemplo, equipa de enfermagem-alunos. Este espaço funciona como o “palco” onde se colocam e discutem as questões que resultam da prática, onde se sentem novas necessidades e se constroem novos conhecimentos.

As demonstrações constituem um processo estratégico valioso, dado que os alunos aprendem colaborando, ou apenas observando a exemplificação do seu supervisor, pelo que também foi referido pelos enfermeiros cooperantes.

Tanto a análise de casos como as demonstrações são estratégias eficazes no ensino prático. Através da análise de casos o aluno consegue desenvolver o seu raciocínio e consegue perceber a fundamentação para a execução das intervenções de enfermagem. Através das demonstrações os enfermeiros cooperantes conseguem transmitir aos alunos as técnicas necessárias para o seu exercício, necessitando, a par destas demonstrações, de fundamentar teoricamente cada procedimento, transmitindo assim aos alunos que as técnicas não são desprovidas de conhecimento científico.

Em jeito de síntese podemos concluir que, para a supervisão, é necessário que os supervisores desenvolvam estratégias que permitam aos estudantes descobrir as suas próprias estratégias para virem a ser profissionais competentes e eficazes (auto-implicação do aprendente → autonomia relativa) (Sá-Chaves, 2001).

### **Condições de trabalho para a supervisão em ensino clínico.**

Os enfermeiros cooperantes, durante as suas narrações, valorizam o ambiente clínico e a permanência do enfermeiro cooperante e do docente como condições essenciais para a supervisão em ensino clínico.

Como já foi referido anteriormente só com uma articulação permanente e eficaz entre o docente e o enfermeiro cooperante conseguiremos reunir as condições ideais para a supervisão em ensino clínico. Torna-se importante que o aluno seja constantemente acompanhado, para sentir o apoio necessário na prestação de cuidados.

No entanto, este acompanhamento deve ser mais distanciado conforme o aluno se vai aproximando do final do seu curso, pois este necessita de alcançar a sua autonomia.

Quanto à disponibilidade do docente, os enfermeiros cooperantes referem que há falta de docentes e falta de tempo. No entanto, em alguns casos ainda há acompanhamento diário.

Quanto à disponibilidade dos enfermeiros cooperantes, a sobrecarga de serviço conduz a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer. A falta de apoio e impossibilidade de questionamento imediato é referido como consequência da falta de tempo com que os enfermeiros se deparam nos seus turnos.

Esta é uma realidade que se vive actualmente nos serviços, pois a redução de profissionais e consequente sobrecarga de trabalho leva a que os enfermeiros não tenham tempo para aguardar que o aluno reflecta e desenvolva o seu plano de acção. Os enfermeiros, como se vêem constantemente limitados pelo factor tempo, elaboram eles mesmos a resposta, limitando desta forma a aprendizagem do aluno. Não é por isso de estranhar que, como já foi referido, por vezes não valorizem a capacidade estratégica dos alunos. Na realidade, para orientar estudantes em ensino clínico, tendo por base uma formação reflexiva, é necessário mais tempo para a reflexão, discussão e análise do que se vai desenvolvendo ao longo da prática clínica.

A programação do ensino clínico é considerada problemática, pelos enfermeiros cooperantes, visto haver diversos problemas na distribuição dos alunos e o ensino clínico estar desfasado da realidade dos serviços e das necessidades dos alunos. Só conseguiremos resolver este problema quando for solicitada a colaboração de todos os intervenientes para a programação do ensino clínico.

### **Representações dos enfermeiros cooperantes sobre o processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem.**

Durante a análise das narrativas dos enfermeiros verificámos que não surgiu uma definição completa de supervisão. No entanto, através da leitura generalizada das narrações conseguimos aperceber-nos de que os enfermeiros, na sua maioria, compreendem o que é a supervisão.

Verificámos que as ideias referidas pelos enfermeiros não divergem em muito das que surgem na literatura da especialidade: no entanto confundem por vezes o termo supervisão com orientação. Eles referem que a supervisão em ensino clínico é um momento privilegiado de reflexão e de comunicação, devendo ser contínua e orientada para o desenvolvimento pessoal, o desenvolvimento profissional e o desenvolvimento da sociedade humana.

A orientação deve basear-se *“numa relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver nos estudantes a capacidade de tomar decisões apropriadas”* (Alarcão e Tavares, 1987:85). Mas supervisionar implica ainda ter conhecimentos dos elementos intervenientes no processo, compreender o estudante nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, as tarefas que tem de realizar e o clima afectivo onde o acto se desenrola (Alarcão e Tavares, 1987). Da definição de Alarcão e Tavares, podemos concluir que, a supervisão é um processo de orientação e que, para o ser, necessita de bom clima afectivo. Portanto a supervisão inclui a orientação.

Foi referido que todos aqueles que participam no processo de supervisão devem ser competentes profissionalmente e ver o aluno holisticamente.

A este propósito Poletti (1983) afirma que o ensino deve constituir-se a partir de um perito em didáctica, uma pessoa capaz de criar um clima propício à aprendizagem, de criar uma estrutura de diálogo permanente com os estudantes. Os supervisores devem ser peritos da aprendizagem, devendo ensinar aos estudantes como aprender, como pensar criticamente, como encontrar o significado dos elementos presentes nos actos que praticam e utilizar a sua experiência, mas também como actuar.

Os enfermeiros cooperantes defendem que o processo de supervisão visa o desenvolvimento de competências no aluno e deve promover neste uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino. Mas o que os enfermeiros verificam na realidade é que existe um total desfasamento entre a teoria e a prática. Como é que o aluno pode confiar na qualidade do ensino se depois se apercebe deste desfasamento?

Para que o aluno consiga desenvolver uma atitude de confiança e de responsabilidade no processo de formação, deve haver espaço não só para observar, como para discutir, questionar, reflectir sobre a própria prática e a dos outros; a relação teoria/prática não deve ser vista num único sentido, mas sim numa relação dialógica em que teoria e prática se informam uma à outra (Zeichner, 1993).



Cruz (1994:81) e Costa (1998) defendem que a teoria não deve estar desligada da realidade; se não, torna-se “*numa teoria no vazio*” ou “*um empirismo desconexo*”.

Pela análise das narrativas, dos referentes teóricos e da própria experiência profissional, podemos concluir que o processo de supervisão é subjectivo, e que actualmente não existe uma linha orientadora comum para a supervisão em ensino clínico de enfermagem, guiando-se cada supervisor pelas suas concepções e experiências anteriores.

Esta “desorientação” é percebida pelos enfermeiros cooperantes pois referem que a supervisão é demasiado importante para ser deixada ao acaso sendo fundamental para o aluno que está em formação, no desenvolvimento das competências e aptidões, chegando mesmo a fazer algumas sugestões.

Com efeito, no ensino/formação temos que nos questionar sobre que estratégias escolher para favorecer a aprendizagem desejada e que tipo de transacções supervisor-supervisado melhor permitirão esta aprendizagem.

Como sugestão para a resolução desta situação problemática que se vive actualmente, os enfermeiros cooperantes afirmam que a definição de objectivos pela instituição de formação, a relação da teoria com a prática, a vigilância contínua dos alunos e a formação inicial e contínua dos enfermeiros é fundamental para um processo de supervisão sustentado.

Chegam mesmo a afirmar que a responsabilidade pelo processo de supervisão é, ou deveria ser, dos enfermeiros cooperantes, embora alguns reconheçam que a responsabilidade no processo de supervisão deve ser partilhada entre docente, alunos, enfermeiros cooperantes e equipa de enfermagem.

A este respeito, Negrão (1993, citado em Franco, 2000:39) refere que “*devem ser reconhecidas as capacidades profissionais das enfermeiras de campo e aproveitada toda a potencialidade dos recursos humanos existentes nos serviços* “. Para tal o planeamento do estágio deve envolver professores, alunos e profissionais dos serviços (Gonçalves *et al*, 1995).

Ribeiro (1995) evidencia a necessidade de uma revolução de mentalidades, quer dos docentes, quer dos enfermeiros dos serviços, o que implicaria a análise conjunta de problemas, a discussão conjunta de formas de cooperação que permitam uma formação mais eficaz, constituindo um contributo para a melhoria de cuidados, a análise e discussão sobre os valores subjacentes na formação e na prática de cuidados.

Relativamente ao supervisor, os enfermeiros são de opinião de que deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e sócio-relacional e sentir-se responsabilizado pela formação dos alunos.

Embora dito por outras palavras, esta opinião está de acordo com Carvalhal, pois esta refere que o papel do supervisor é acompanhar um indivíduo ou grupo, no sentido de motivar e incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para uma meta previamente determinada. Acrescenta que:

*“O supervisor deve ser, acima de tudo, um enfermeiro com adequadas competências pedagógicas, capaz de compreender e fazer a transferência de um modelo, ou metamodelo de enfermeiro, para um modelo adequado e eficaz de ensino. É importante que a formação em enfermagem tenha em atenção uma íntima relação entre a teoria/prática/teoria”* (Carvalhal, 2003:52).

Martin (1991) acrescenta que o supervisor poderá apresentar-se para o estudante como o modelo, alguém que tem um papel crucial na construção da sua identidade e do seu saber profissional.

Julgamos importante salientar que não podemos conceber a supervisão dos alunos em ensino clínico de enfermagem apenas numa estreita relação de ajuda, se ela não incluir em si mesma a noção de continuidade, reflexão e retroalimentação numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional do aluno. Também não nos podemos esquecer que esta relação de ajuda tem que ser equilibrada entre a empatia e o conhecimento científico e técnico exigido ao enfermeiro. As relações interpessoais são importantes na conquista da autonomia do futuro profissional, por isso não devemos valorizar demasiado a “relação científica” em detrimento da “relação empática”. Este último aspecto não surgiu referenciado nas narrativas dos enfermeiros, no entanto nós, enfermeiros, valorizamos por vezes a “relação científica” em detrimento da “relação empática” com os alunos de enfermagem.

É neste trabalho que é preciso continuar a investir. Deveremos também investir no sentido de evoluirmos de uma supervisão em colaboração para uma supervisão em parceria, que deverá constituir o grande objectivo final da supervisão em ensino clínico.

## **CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES**

Na concepção deste estudo partimos do postulado de que a supervisão em ensino clínico é fundamental para o crescimento profissional e pessoal do futuro profissional de enfermagem. Pretendemos, particularmente, encontrar pistas para a compreensão das experiências vividas pelos enfermeiros cooperantes na supervisão em ensino clínico de enfermagem, analisando as narrações de episódios significativos dos enfermeiros no âmbito da supervisão. Orientámos, por isso, a pesquisa fundamentalmente no sentido de uma identificação das representações sobre o processo de supervisão.

Consideramos que quer a análise, quer a apreciação dos dados proporcionaram importantes referências para a análise das representações e práticas consentâneas com a dimensão supervisão em ensino clínico de enfermagem, ao nível dos diversos actores intervenientes neste processo, numa fase de grande mudança na supervisão dos futuros enfermeiros, em que se começa a valorizar a formação clínica e os profissionais que aí exercem funções, como competentes para o desenvolvimento integral do aluno.

A literatura científica salienta que ser enfermeiro não exige somente *saber*, porque ele pode memorizar esse saber, nem *saber fazer*, pois os gestos podem ser perfeitamente mecanizados, mas exige também *saber ser*, centralizando-se toda a sua acção no ser humano, em toda a sua dimensão e vulnerabilidade.

Seguindo este fio condutor, compete a cada instituição de formação definir o perfil do futuro enfermeiro que pretende formar, devendo este perfil ter em atenção não só os aspectos cognitivos e psicomotores, mas também os relacionais, afectivos que permitam maior e melhor desenvolvimento das suas capacidades para responder adequadamente às necessidades da pessoa, de cada doente a cuidar. A formação humanista, na qual a enfermagem e o ensino se perspectiva, deve centrar-se numa visão personalista do homem: único, irrepetível, possuidor de uma dignidade indiscutível pelo facto de ser homem. Uma vez que o ser humano constitui para o enfermeiro o objecto da sua ciência, deve a sua educação, a sua formação profissional ser orientada para um “saber ser” não somente técnico, mas também ético.

Sobre a questão dos serviços, como local de formação prática, os autores apontam inequivocamente para a crescente importância do papel que estes devem

assumir na assunção de valores orientadores de comportamentos e atitudes centradas no cuidar. Surge uma forte referência à dificuldade nas relações entre estes serviços e a Escola de formação e, consequentemente, entre enfermeiros cooperantes e docentes.

Para proporcionar aos alunos de enfermagem um ambiente facilitador da aprendizagem e uma supervisão centrada na pessoa é fundamental que a comunicação entre os actores e instituições intervenientes no ensino clínico seja melhorada.

Para tal, e seguindo a premissa de que o ensino deve ser o impulsionador da mudança, devem ser reconhecidas as capacidades dos enfermeiros cooperantes para a supervisão dos futuros profissionais de enfermagem.

Embora no presente estudo os enfermeiros afirmem que participam na supervisão em ensino clínico, estes reconhecem que esta participação deve ser mais activa e mais valorizada, ou seja, deve constituir um processo dinâmico que tem como finalidade comunicar de uma forma eficaz, com o intuito de um maior empenho e desempenho das partes envolvidas, desde o planeamento até à avaliação.

Para se conseguir a mudança no sentido de uma articulação efectiva é necessário que:

- Os enfermeiros cooperantes participem na elaboração do planeamento do ensino clínico e em outras actividades que possam facilitar a integração da teoria na prática;
- Se façam reuniões entre todos os intervenientes no ensino clínico, incluindo o aluno, para planear as actividades a desenvolver no processo, e, ainda, para detectar as necessidades em termos de formação;
- Se realizem acções de formação em supervisão, de acordo com as necessidades sentidas pelos enfermeiros cooperantes.

Os resultados do estudo levantam, deste modo, novas interrogações e sugerem novas pistas de investigação. Entre outros aspectos, torna-se evidente a importância de investigar a relação mais directa entre as escolas promotoras de formação e as instituições de saúde onde se realizam os ensinos clínicos.

Este trabalho abriu ainda outras perspectivas de estudo acerca deste assunto que tem sido pouco trabalhado, apesar de se saber que a supervisão em ensino clínico contribui para o desenvolvimento global do aluno. É fundamental que todos os intervenientes em ensino clínico orientem a formação dos seus alunos na aquisição de

concepções de cuidados consentâneos com o paradigma de formação emergente, tornando os alunos o centro e motor de toda a actuação de enfermagem. Assim, torna-se pertinente um estudo mais aprofundado das implicações que as relações interpessoais tem na autonomia do futuro profissional e das estratégias de supervisão e em que medida podem influenciar a construção do conhecimento dos alunos.

Pensamos que seria importante estudar como os enfermeiros cooperantes podem ajudar o aluno a ultrapassar situações problema e quais as estratégias utilizadas actualmente nos campos de ensino clínico para lidar com a morte/sofrimento.

Neste momento posso dizer que já vislumbro, ao fim do túnel, a luz aliciadora do final da caminhada. Tenho consciência que esta caminhada foi apenas um passo na construção do conhecimento supervisivo, o “abrir da janela” como refere Sá-Chaves (2001). Através deste estudo verificámos que a supervisão desempenha hoje, uma função muito importante na área da construção do conhecimento profissional no aluno de enfermagem. Esta função tem vindo a consolidar-se e a diferenciar-se, mas ainda existe um longo percurso a construir, e só através do entrosamento dos contributos supervisivos de todos os intervenientes em ensino clínico, poderemos alcançar a “meta” tão referenciada neste estudo – futuros profissionais de enfermagem competentes a todos os níveis.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ABEJAR, M.; PARRA, M. (1990). Comunicacion terapêutica y cuidado. *Revista Rol*, N°147, p.123-128.
- ABREU, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (multicasos)*. Lisboa: Co-Edição Educa e Formasau.
- ABREU, W. (2002a). *Prelecção no Fórum: Ensino Clínico que Caminhos?* Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, 2002.
- ABREU, W. (2002b). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, n.º45, p.53-57.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Editora Formasau.
- ALARCÃO, I. (1991). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Cidine*, 1, p.5-22.
- ALARCÃO, I. (1997). Prefácio. In SÁ-CHAVES, I. (org). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I (2001a). *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- ALARCÃO, I. (2001b). Formação Reflexiva. *Referência*, n.º6, p.53-59.
- ALARCÃO, I. ; TAVARES, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 1ª ed. Coimbra: Almedina.
- ALARCÃO, I. ; TAVARES, J. (2003), 1ªed. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina.
- AMADO, J. (1990). O conceito de saúde: de sobrevivência a dever. *O Médico*, Vol.122, n°1969, p.266.
- AMADO, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, n.º5, p.53-63.

- AMADOR, M. F. (1991). *Educação em enfermagem*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de doutoramento).
- AMARAL, M. J. et al (1996). O papel do supervisor no desenvolvimento do professor reflexivo – Estratégias de supervisão. In: ALARCÃO, I. (org.). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- AMENDOEIRA, J. (1996). O processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico. *Revista Enfermagem Agora*, nº3, p.20-29.
- AMIGUINHO, A. (1992). *Viver a formação, construir a mudança*. Lisboa: Educa.
- AMIGUINHO, A. et al (1997). Formar-se no projecto e pelo projecto. In CANÁRIO, R. (org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- ARENDT, R. (1999). *Aprender a Ensinar*. Lisboa: McGraw-Hill.
- ATKINSON, L. ; MURRAY, M. (1989). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- BARDIN, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BEVIS, O.; WATSON, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: a New Pedagogy for Nursing*. New York: National League for Nursing.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BENTO, M. C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem: Que Identidade?* Lisboa: Fim do Século Edições, Lda.
- BENTO, M. C. (2001). Formação em Enfermagem: Que caminho? *Sinais Vitais*, nº35, p.29-34.
- BERBAUM, J. (1989). *Apprentissage et formation*. 12<sup>a</sup> édition. Paris : PUF.
- BOGDAN, R., BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BRECHT, B. (1930). *A excepção e a regra*. Lisboa: Portugalia Editora.
- CABRITO, B. (1994). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.

- CANÁRIO, R. (1994). Centros de formação das associações de escolas: que futuro? In A. AMIGUINHO, A.; CANÁRIO, R. (org). *Escolas e Mudança: O papel dos centros de Formação*. Lisboa: Educa.
- CANÁRIO, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In CANÁRIO, R. (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- CARPENTER, J. (2000). *Critical Incident Technique: Method at a Glance*. In: <http://medir.ohsu.edu/~carpentj/cit.html>.
- COELHO, M. L. (2000). *O primeiro estágio em enfermagem – Um estudo exploratório de expectativas e dificuldades*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Educação (Tese Mestrado).
- CORTESÃO, L et al (1983). *Formação Sociopedagógica de Formadores: Uma proposta de Currículo*. Porto: Edições Afrontamento.
- COLLIÉRE, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COSTA, M. A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa : Fim de Século Edições, Lda.
- COSTA, M. A. (2001). O ensino de enfermagem e o desenvolvimento da profissão. *Sinais Vitais*, n.º 37, p.8-10.
- COURTOIS, B. (1992). La formation en situation de travail: une formation experientielle ambigue. *Éducation Permanente*, n.º 112, p.95-105.
- CRUZ, M. S. (1994). *Formação pedagógica de docentes e enfermeiros verificada no ensino clínico*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação).



D'ESPINEY, L. (1997). Formação inicial/ formação contínua de enfermeiros: Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, R. (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

*Dicionário da Língua Portuguesa 2004*. (2003). Porto: Porto Editora.

DOMINICÉ, P. (1989). Expérience et apprentissage: faire de nécessité vertu. *Education Permanente*, n.º 100/101, p. 57-65.

DOMINICÉ, P. (1990). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris : Edition de L'Harmatan.

D. R. H. S. (1989). *Linhas gerais dos planos de estudo do Curso Superior de Enfermagem*. Lisboa: D.R.H.

DUBAR, C. (1997). Formação, trabalho e identidades profissionais. In: CANÁRIO, R. (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

EMMUS (1999). *Critical Incidents Technique*. In: <http://www.emmus.org/html/frames/guidelines/EmmusWP3/methods/cit.html>.

ESPADINHA, A. ; REIS, M. (1997). A colaboração escola/serviços. *Nursing* n.º10, p.31-34.

ESPANCA, F. (1995). *Sonetos*. Biblioteca Ulisseia de Autores Portugueses.

ESTRELA, M. T. ; ESTRELA, A. (1994). *A técnica dos Incidentes Críticos no ensino*. 2ª Ed. Lisboa: Editorial Estampa.

FERNANDES, J. (1998). A Construção do currículo em Enfermagem – Concepções educacionais e pedagógicas: da normatividade à autonomia. *Referência*, n.º 0, p.33-39.

FERREIRA, C. (1986). Assistência Social Portuguesa. Aparentamentos para a sua história, seus princípios e sua organização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.º 4, 1986, p.39-50.

FERRY, G. (1987). *Le traject de la formation*. Paris : Dunod.

FIGUEIREDO, M. B. (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*. N.º5, p.16-19.

- FORMOSINHO, J. (1987). Quatro modelos ideais de formação de professores: o modelo empiricista, o modelo teoricista, o modelo compartimentado e o modelo integrado. In: *As ciências da educação e formação de professores: Comunicações do colóquio de 2, 3 e 4 de Dezembro de 1986*. Lisboa: GEP/ME, p.81-106.
- FORTIN, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FRANCO, J. (1999). *Orientação de alunos em ensino clínico de enfermagem – Problemáticas específicas e perspectivas de actuação*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique (Tese de Mestrado não editada).
- FRANCO, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Investigação em Enfermagem*, n.º1, Fevereiro, p.32-50.
- FRANCO, J. (2001). Enfermagem: Que desafios para o novo milénio. *Servir*, n.º49 Janeiro/ Fevereiro, p.10-15.
- FREIRE, P. (1972). *Pedagogia do oprimido*. Porto: Edições Afrontamento.
- FRITZEN, S. J. (1990). *Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo*. Volume I. Petrópolis: Editora Vozes.
- GALERA, S. A. F.; GALERA, C. A.; TEIXEIRA, M. B. (1997). O uso da técnica do incidente crítico na investigação da assistência de enfermagem ao doente mental internado. *Revista Paulista de Enfermagem*, n.º1/3, p.12-19.
- GALERA, S. A. F.; TEIXEIRA, M. B. (1997). Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.5, número especial, p.69-75.
- GARCIA, C. M. (1992). A formação de professores. In: NÓVOA, A. (org.). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Pub. D. Quixote.
- GIL, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª edição. S.Paulo: Editora Atlas.
- GONÇALVES, M. *et al* (1995). Contributo para uma articulação ensino-exercício: uma abordagem teórica. *Enfermagem em Foco*, n.º 20 (5), p.40-46.

- GRAÇA, L. ; HENRIQUES, A. (2000). *Evolução da prática e do ensino da enfermagem em Portugal*. In: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>.
- HENDERSON, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexions 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill.
- LEITÃO, J. (1992). Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico. *Nursing*, n.º 58, p.6-17.
- LEITE, T. M. (1998). *Necessidades de formação contínua de professores em relação à integração dos alunos com necessidades educativas especiais no sistema regular de ensino*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação).
- LESNE, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- LINCON, I. S. (1992). Conexiones simpaticas entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Qualitative Health Research*. Vol.2, n.º 4, p.40-45.
- MARTIN, C. (1991). *Soigner pour Apprendre-aquerir un Savoir Infirmière*. Giromagny : L.E.P.
- MARTIN, S. (1986). *La tematica educativa en la prensa, analisis de contenido*. Valladolid: Editorial Sever-Cuesta.
- MENDES, P. (2002). *A formação inicial de professores e o choque com a realidade: experiências e vivências sobre o ano de estágio*. Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado em Educação/ Especialidade Supervisão Pedagógica).
- MENDONÇA, M. (1996). Docentes de Enfermagem: Como articular teoria e prática. *Revista Informar*, n.º 6, p.20-23.
- MESQUITA, A. (1990). Nunca devemos fazer de conta que somos outros. *A Razão*. Setembro, p.31-35.
- MIGUEL, M. A. (1981). Casa Pia. In: *Dicionário de História de Portugal*. Porto: Figueirinhas, Volume I, p.513-515.

- NARAYANASAMY, A.; OWENS, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, n.º33(4), p.446-455.
- NEGRÃO, T. P. et al (1993). A colaboração escola/serviços – descrição de uma experiência. *Nursing*, n.º 68, p:7-9.
- NOGUEIRA, M. (1990). *História da Enfermagem*. 2ª edição. Porto: Salesianas.
- NOGUEIRA, M.S. et al. (1993). Técnica dos incidentes críticos : uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. *Revista Paulista de Enfermagem*, v.12, n.º3, p.107-112.
- NÓVOA, A. (1988). O método (auto) biográfico na encruzilhada dos caminhos da formação de adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, n.º. 2, p.7-10.
- NÓVOA, A. (1991). *(Auto) formação participada*. Lisboa: Universidade de Lisboa (Tese 1 - policopiado).
- NÓVOA, A. (1991). *A formação faz-se na produção (e não no consumo) do saber*. Lisboa: Universidade de Lisboa (Tese 2 - policopiado).
- NÓVOA, A. (1992). *As organizações escolares em análise*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- OLIVEIRA, I; NEVES, L. (1995). Fosso Teoria/Prática na Formação de Enfermagem: mito ou realidade? *Informar* , nº1, p.34.
- OLIVEIRA, F. (1996). *Plano de Formação: Etapas e Metodologias de Elaboração*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1987). L'apprentissage en milieu professionnel pour la formation du personnel de santé. In : *Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS*. Genève: OMS.
- PERRENOUD, Ph. (1993). *Práticas pedagógicas. Profissão docente e Formação, perspectivas sociológicas*. Lisboa: Pub. D. Quixote, Instituto de Inovação Educacional.

- PHANEUF, M. (1986). *Soins infirmiers: la demarche scientifique – orientation vers le diagnostic infirmier*. Montreal : MacGraw-Hill.
- PINTO, J. (1992). *Psicologia e Aprendizagem - Conceção, Teorias e Processos*. Lisboa : Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- POLETTI, R. (1983). *Pourquoi faut-il reparler des valeurs professionnelles?* Paris : Centre Chrétien des Professions de Santé.
- POLIT, D.; F. ; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição. Porto: Editora Artes Médicas.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (1976). *Curso de enfermagem*. Lisboa: INSA.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (1987). *Curso de enfermagem geral, plano de estudos e programas*. Lisboa: INSA.
- QUINN, F. M. (1988). *The principles and practice of nurse education*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Chapman and Hall Ltd.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1982). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RIBEIRO, J. (1993). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa.
- RIBEIRO, L. F. (1995). Enfermagem – perspectivas e implicações do ensino à prática. *Enfermagem em Foco*, n.º5, p:12-15.
- RICHARDSON, R. J. *et al* (1989). *Pesquisa Social*. S. Paulo: Edições Atlas.
- RODRIGUES, M. A. (1999). *Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores – contributos para o seu estudo*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Doutoramento).
- SÁ-CHAVES, I. (org) (1997). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*, Porto: Porto Editora.

- SÁ-CHAVES, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão – Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SÁ- CHAVES, I. (2001). *Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas da disciplina de Supervisão no Mestrado em Supervisão 2001/2002*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (2002). *Intervenção na apresentação do projecto de Dissertação de Mestrado*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- SANTOS, E. (2000). Concepção de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem. In: QUEIRÓS, A. A.; SILVA, L. C.; SANTOS, E. M. - *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- SANTOS, B. (1989). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Edições Afrontamento.
- SCHÖN, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. São Francisco: Jossey Bass.
- SERRANO, G. (1994). *Investigación cualitativa I: Retos e interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- SILVA, L. C. (2000). As competências do professor e o ensino reflexivo em enfermagem. In: QUEIRÓS, A. A; SILVA, L. C.; SANTOS, E. M. - *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- SILVA, M. (1992). *Métodos e técnicas pedagógicas*. Lisboa: Companhia Nacional de Serviços.
- SIMÕES, A. A. C. (1888). *A minha administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- SIMÕES, C. M. ; SIMÕES, H. R. (1997). Maturidade pessoal, dimensão da competência e desempenho profissional. In: SÁ-CHAVES, I. (org). *Percursos de Formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora

- SOUSA, M. D. (1989). L'infirmier de l'avenir: sa formation. In : *Comissão des comunités européennes, soins de santé et formation des infirmiers au XXI siècle, actes du symposium organisé à Bruxelles 20 et 21 Octobre, 1987*. Luxembourg :CEE.
- TAVARES, J.; ALARCÃO, I. (1985). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- TAVARES, J. (1997). A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In: SÁ-CHAVES, I. (org) – *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.
- TAVARES, J.; ALARCÃO, I. (2001). Paradigmas de Formação e Investigação no Ensino Superior para o Terceiro Milénio. In: ALARCÃO, I. (org.) *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- TAYLOR, S. J. ; BOGDAN, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. 3ª ed. Barcelona: Paidós.
- TEIXEIRA, J. A. (1994). Reabilitação: um encontro cujo horizonte é a existência. *Integrar*, n.º 5, p.9-14.
- USHER, R. e BRYAN I. (1992). *La educación de adultos como teoria, práctica y investigación. El triangulo cautivo*. Madrid: Morata.
- VALA, J. (1986). A análise do conteúdo. In: SILVA, A.; PINTO, J. - *Metodologia das ciências sociais*. 8ª Edição. Lisboa: Edições Afrontamento.
- VALSECCHI, E. A. (1999). *Fundamentos de Enfermagem: incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Área Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada).
- VAN MANEN, M. (1994). *Researching lived experience: Human science for a action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- VIEIRA, F. (1993). *Supervisão – Uma prática reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.

WATZLAWICK, P. (1988). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultix.

ZEICHNER, K. M. (1993). *A formação reflexiva dos professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa.



## **ANEXOS**

## **Anexo I**

**(Guião de narração do episódio significativo)**

## **Narração de um *Episódio Significativo***

Caro Participante,

No âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, encontramos-nos a desenvolver um estudo de investigação que envolve alunos (futuros profissionais de Enfermagem), os docentes e enfermeiros cooperantes intervenientes no processo de supervisão. Neste estudo pretendemos investigar questões relacionadas com a Supervisão dos futuros profissionais de Enfermagem em Ensino Clínico. Para tal a sua colaboração é indispensável, pelo que lhe solicitamos que faça a descrição de 1 (um) *episódio significativo* que tenha vivenciado durante as unidades curriculares de ensino clínico.

Consideramos um *episódio significativo* em Supervisão:

- Um episódio que tenha sido marcante e no qual participou no âmbito do ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem; por marcante entende-se aquele que tenha tido repercussões positivas ou menos positivas no desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo formativo.

Com a finalidade de conseguir atingir os objectivos do estudo que nos propomos realizar e de facilitar a sua narrativa, seria importante que referisse os aspectos que se encontram no guião para a narração (para além do preenchimento da ficha de caracterização).

Solicitamos que faça a descrição, se possível nos próximos 8 dias. Para o retorno da sua descrição, aguarde a nossa deslocação ao seu Serviço.

**A confidencialidade é assegurada pelo anonimato, pelo que não deve escrever o seu nome ou o de qualquer outra pessoa na descrição do episódio.**

***Muito Obrigado pela sua colaboração!***

Aveiro, Outubro 2002

---

## **GLOSSÁRIO**

ENFERMEIRO COOPERANTE - Enfermeiros Especialistas, como Enfermeiros Cooperantes da Supervisão em Ensino Clínico dos futuros profissionais de Enfermagem, de diversos serviços em que ocorra ensino clínico de enfermagem das Instituições de Saúde da área de influência das Escolas Superiores onde seja ministrado o Curso Superior de Enfermagem.

SUPERVISÃO – Processo em que um Enfermeiro orienta um ou um grupo de alunos em ensino clínico, em qualquer ano da Formação Inicial com vista ao seu desenvolvimento pessoal e profissional.

SUPERVISOR - Enfermeiro que orienta um ou um grupo de alunos em ensino clínico.

ENSINO CLÍNICO – Formação prática de enfermagem, realizada em contexto real de trabalho, onde se pretende que o aluno desenvolva habilidades/capacidades cognitivas, técnicas e sócio-relacionais.

## CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

SEXO: M ☐ F ☐ IDADE: ☐ 18-23 ☐ 24-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ + de 50 anos

NATURAL DO CONCELHO DE: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO (Escola responsável pelo Ensino Clínico): \_\_\_\_\_

PAPEL DO PARTICIPANTE: ☐ ALUNO ☐ DOCENTE ☐ ENFERMEIRO COOPERANTE

Se é **aluno**, responda ao conjunto de questões **A**

Se é **docente**, responda ao conjunto de questões **B**

Se é **enfermeiro cooperante**, responda ao conjunto de questões **C**

**A –**

Numero de *Ensinos Clínicos* efectuados  Em que áreas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B –**

Possui formação específica em Supervisão? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Número de anos como Supervisor ☐ < 1 ano ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ > 20 anos

Número de *Ensinos Clínicos* supervisionados

Categoria Profissional \_\_\_\_\_

Departamento – Área Científica \_\_\_\_\_

**C –**

Especialidade : \_\_\_\_\_

Possui formação específica em Supervisão? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço: Na Profissão  Na Instituição

N.º de anos como *Enfermeiro Cooperante* ☐ <1 ano ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ >20 anos

Número de *Ensinos Clínicos* supervisionados  Em que áreas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **GUIÃO PARA A NARRAÇÃO DE UM *EPISÓDIO SIGNIFICATIVO* NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO INICIAL DOS ENFERMEIROS**

### **I – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO *EPISÓDIO SIGNIFICATIVO***

- Descreva clara, mas sucintamente o que aconteceu, indicando:
  - Em que área de prestação de cuidados ocorreu;
  - Em que área específica do *ensino clínico*;
  - Em que ano e época do ano;
  - Em que fase do turno (início, meio ou fim);
  - Em que ano curricular.
  - Quem foram os intervenientes e qual a participação de cada um (sem personalizar).

### **II – REFLEXÃO SOBRE O *EPISÓDIO SIGNIFICATIVO***

- Como agiu ou reagiu durante e após o *episódio*?
- Que sentimentos ou emoções experienciou?
- Descreva o que julga que os outros intervenientes (docentes, enfermeiros, alunos, utentes, etc.) sentiram;
- Que reflexão fez sobre o episódio (por exemplo, sobre aquilo que gostaria de ter feito e que não fez ou o que fez e não gostaria de ter feito)? E com quem fez essa reflexão?
- Teve apoio durante e após o *episódio*? De quem?
- A comunicação entre a escola e o campo de ensino clínico teve algum papel neste episódio? Qual?
- Diga o que aprendeu com o *episódio*.

### **III – IMPORTÂNCIA FORMATIVA DO *EPISÓDIO***

- Este *episódio* foi significativo para si, porquê?
  - Que título dava a este *episódio significativo*?
  - A propósito deste *episódio significativo*, dê a sua opinião sobre a supervisão em ensino clínico.
-

**I – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO EPISÓDIO SIGNIFICATIVO**

**Pode acrescentar mais folhas se necessário, embora se pretenda um relato sucinto**

---

**II – REFLEXÃO SOBRE O EPISÓDIO SIGNIFICATIVO**

**Pode acrescentar mais folhas se necessário, embora se pretenda um relato sucinto**

---



**III – IMPORTÂNCIA FORMATIVA DO EPISÓDIO**

**Pode acrescentar mais folhas se necessário, embora se pretenda um relato sucinto**

---

## **Anexo II**

**(Pedido de autorização para recolha de dados  
nas instituições)**

João Filipe Simões  
Rua João Maria Vilarinho, n.º57, 2º Dtº  
Cale da Vila  
3830-680 Gafanha da Nazaré

Aos Ex.mos (as) Srs. (as) do  
Conselho de Administração das  
Instituições de Saúde

João Filipe Fernandes Lindo Simões, Enfermeiro, actualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão, na Universidade de Aveiro, no âmbito do qual pretende desenvolver um trabalho de investigação que permita compreender a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes relativamente à Supervisão em Ensino Clínico e a sua influência no processo de formação, vem solicitar a V.Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados que se encontra em anexo, aos Enfermeiros Especialistas da Vossa Instituição.

Solicita também a V.Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a utilização do nome dessa Instituição na sua dissertação de mestrado. A confidencialidade é assegurada pelo anonimato (o anonimato de quem responde ou é referido está assegurado).

Ciente que será dispensada a atenção e colaboração necessária, antecipadamente agradeço.

Pede deferimento

Aveiro, 15 de Outubro de 2002

---

(João Filipe Simões)

## **Anexo III**

**(Resultado da análise de conteúdo)**

CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA A SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS SUPERVISORES EM ENSINO CLÍNICO	Enfermeiro Cooperante	Presente para apoio/orientação	BE2	<i>“Neste episódio não houve supervisão por parte do docente, mas sim do enfermeiro cooperante”.</i>
		Ausente para apoio/orientação	BE10	<i>“Gostaria de ter tido a oportunidade de reflectir profundamente com o aluno e levá-lo a ultrapassar este episódio.”</i>
	Docente	Presente para apoio/orientação	CE1	<i>“ (...) no primeiro e segundo ano do curso os alunos foram sempre acompanhados por professor no período das 8 às 16 horas;”</i>
			CE3	<i>“O professor acompanha o ensino clínico diariamente.”</i>
		Ausente para apoio/orientação	AE10	<i>“ (...) cada vez mais os enfermeiros docentes não têm tempo nem oportunidade para acompanharem a evolução observada no domínio das práticas.”</i>
AMBIENTE CLÍNICO		Recursos Humanos	AE6	<i>“Será que se valoriza a formação no contexto das práticas pelo seu real valor formativo ou pela necessidade de “entregar” os alunos a alguém para colmatar a falta de docentes?”</i>
			CE4	<i>“ (...) falta de acompanhamento que os alunos têm nos ensaios clínicos (...) ”</i> [Falta de docentes]
		Solicitações profissionais	AE3	<i>“Gostaria de lhe ter dado mais apoio, mas não foi possível, dadas as solicitações que nos foram exigidas pelo momento que todos, profissionais e doente, estávamos a viver.”</i>

CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA A SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE6	<i>“ (...) não foi questionada de imediato por impossibilidade de serviço (...) ”</i>
			CE5	<i>“ (...) muitas vezes o enfermeiro cooperante não tem condições ideais para o apoio aos alunos, a sobrecarga de serviço e a orientação dos alunos, leva a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar os alunos a fazer.”</i>
		Distribuição de alunos	AE6	[Planeamento da Supervisão – distribuição de Alunos] <i>“ (...) será que o aluno havia sido realmente encaminhado para mim?”</i>
			BE7	<i>“O processo ensino/aprendizagem é algo complexo, uma «caminhada» que obrigaria ainda o cooperante a ter um horário compatível com o do aluno ou vice-versa (...) ”</i> <i>“ (...) fazer a «observação» / «caminhada» [do/com o aluno] durante 2 dias, e depois estar ausente três dias, perdendo a sequência.”</i>
			BE10	<i>“ (...) a rotatividade do aluno pelo serviço e a incompatibilidade de horário não permitiu uma abordagem profunda sobre o assunto.”</i>
		Desfasamento teoria/prática	AE7	<i>“ (...) muitas vezes o ensino clínico está completamente desfasado da realidade dos campos de estágio.”</i> [Ensino Clínico] <i>“ (...) desarticulado com as necessidades específicas dos futuros profissionais e dos serviços onde eles irão exercer.”</i>

CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA A SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE5	<i>“ (...) o estágio somente ocorreu no 3º ano do Curso, os alunos têm muita dificuldade em lidar com as práticas e vêm de «olhos vendados» para o estágio.”</i>
		Sequencialidade nos Ensinos clínicos	BE10	<i>“Escolhi este episódio para ilustrar a não existência de sequencialidade dos ensinos clínicos dos alunos de enfermagem.”</i> <i>“A informação colhida no ensino clínico não é transmitida para futuros ensinos, para se poder colmatar “falhas” na aprendizagem do aluno.”</i>
<b>AMBIENTE PSICOLÓGICO</b>		Apoio	AE7	<i>“Durante este episódio não tive tempo para ser apoiado.”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ALUNO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
COGNITIVAS	Domínio de conceitos e métodos específicos	Integração de conhecimentos teóricos na prática profissional	AE8	<i>“ (...) verificando-se maior confiança e segurança na prestação de cuidados aliando a teoria à prática.”</i>
			BE5	<i>“ (...) o aluno (...) administrou uma vacina que já tinha sido inoculada e somente era necessária a sua administração +/- 4 anos após a 1ª dose (...) pensava que era do conhecimento dos estudantes do ensino clínico a «regra básica – medicamento certo, hora certa, dose certa.»”</i>
			BE6	<i>“A referida aluna pegou no bebé Y, (que nem lhe estava distribuído), e sem qualquer cuidado preparava-se para administrar biberão (com leite materno) errado e medicação errada.”</i>
			CE4	<i>“Os alunos estarão suficientemente preparados para os ensaios clínicos?”</i>
			CE5	<i>“Estando acompanhada por um aluno do 3º ano, estágio final, pedi-lhe para preparar o material para a algaliação, tendo ele referido que não sabia, pois nunca tinha algaliado.”</i>  <i>“Do ponto de vista teórico, o aluno estava pouco preparado (...) fiquei com a noção que ele não sabia o que estava a fazer.” [Aluno a algaliar o doente]</i>  <i>[O aluno] “ (...) explicou-me que não se lembrava muito bem desta técnica porque nunca tinha feito, no entanto o seu interesse para vivenciar novas situações não era muito.”</i>
			CE6	<i>“A aluna não soube responder à questão colocada, e de seguida teve uma crise de choro.”</i>
			CE9	<i>“Este episódio mantém-se vivo na minha experiência profissional porque traduz de forma negativa a falta de formação que os alunos mantêm relativamente à definição dos seus conteúdos profissionais.”</i>



DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ALUNO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Identificação das necessidades do utente/família/grupo	AE5	<i>“(…) preocupada pela atitude pouco responsável da aluna X. (...) atendeu à vontade de um doente que se encontrava desorientado.”</i>
			CE8	<i>[O aluno] “ (...) não considerava importante proceder a avaliação hemodinâmica no seu turno e, que se o tivesse feito, teria também obrigação em proceder a avaliação dos restantes doentes.”</i>
	Capacidade de resolução de problemas	Tomada de decisão	AE3	<i>“(…) foi uma vivência inesperada e muito importante para ele [O aluno] como futuro profissional, por se constituir muito rica em relação à tomada de decisão e desenvolvimento de competências nesta fase da sua preparação. E foi uma experiência que agarrou com êxito.”</i> <i>“A iniciativa partiu do aluno. (...) Apercebeu-se da gravidade da situação, só solicitou quando teve mesmo necessidade.”</i>
COMUNICA- CIONAIS	Desenvolver competências interpessoais e sociais	Relação empática	AE2	<i>“Na sequência deste episódio compreendia mais uma vez, a importância da aprendizagem dos alunos de Enfermagem relacionada com um perfil de competências de excelência ao nível da relação humana.”</i>
			AE8	<i>“Um grupo muito bom que desenvolveu competências tanto a nível da relação com a equipa / utente / família como a nível de prestação de cuidados.”</i>
			BE9	<i>“(…) dizerem que foi neste «estágio» que mais aprenderam sobre a relação de ajuda e empatia, quer pela nossa ajuda (...) como também pela aprendizagem da capacidade de se colocar no lugar do outro.”</i>
		Adaptação da linguagem	CE2	<i>“Durante este episódio, a aluna tentou utilizar uma linguagem acessível de forma à mãe compreender e assimilar melhor tudo o que lhe era ensinado, concretamente a administração de vitaminas.”</i> <i>“(…) por outro a frustração daquela [Da aluna], em não conseguir passar a mensagem da forma mais correcta.”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ALUNO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
	<b>Aplicação do Processo de Enfermagem</b>	Colheita de dados	BE3	<i>“ (...) a aluna orienta a sua colheita de dados, não com o objectivo que eu como enfermeiro cooperante pretendia, no sentido de poder estabelecer uma acção terapêutica (...) ”</i>
		Registos de Enfermagem	CE8	<i>“ (...) o aluno refere em ocorrências de um doente, alteração hemodinâmica no turno da tarde. Não referindo dados de vigilância sobre esta alteração no turno da noite (...) ”</i>
<b>ATITUDINAIS</b>	<b>Desenvolvimento de atitudes profissionais</b>	Abertura e disposição para o trabalho em equipa	AE3	<i>“ (...) foi um elemento importante no trabalho em equipa, para a continuidade de cuidados.”</i>
			BE7	<i>“O aluno ficou com a noção de que a cooperação traz vantagens para o utente e para o seu próprio enriquecimento profissional e pessoal.”</i>
		Responsabilidade pessoal e profissional	AE3	<i>“Desenvolveu todo o seu trabalho com muito profissionalismo”</i>
			AE4	<i>“A formação de base é essencial, a educação, os valores são essenciais. Só me perguntava: mas o que é isto? Onde é que nós estamos? Que alunos são estes? Que futuros profissionais serão estes?”</i>
			AE7	<i>“ (...) e comecei a dar razão àqueles «velhos do Restelo» que na nossa profissão afirmam com todas as letras, que os «novos» enfermeiros são «enfermeiros de secretária e papel».”</i>
			BE6	<i>“ (...) uma ausência injustificada de 6 horas de um estágio. [Da aluna] (...) este episódio era o «culminar» de algumas atitudes/comportamentos menos coerentes da parte desta aluna (desde o início do estágio).”</i> <i>“A outra aluna de enfermagem tinha-se ausentado do estágio (...), sem nada comunicar [à equipa], desconhecendo os motivos e/ou local de ausência (...) ”</i>
			CE1	<i>“ (...) é frequente haver doentes com necessidade de aspiração de secreções brônquicas e os alunos perante a advertência e urgência de aspirar, respondem: «amanhã aspiro porque hoje já fiz».”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ALUNO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			CE5	<i>“ (...) senti que o aluno em questão não estava motivado para a aprendizagem (...) ”</i>
		Envolvimento emocional	BE3	<i>[A aluna] “ (...) envolvia-se demasiado com o utente «quase chorando», «muito emocionada» e o seu discurso prendia-se mais com «coitadinho», (...) quase esquecendo que era a enfermeira.”</i>
			BE10	<i>“O aluno entrou em «pânico» e, muito nervoso, saiu da sala repentinamente.” [Após não conseguir punccionar um utente]</i>
		Aceitação das dificuldades	CE1	<i>“No desempenho, alertado para as dificuldades técnicas notadas, troca iniciativa e dinamismo.”</i>
	Capacidade Crítica	Aceitação acrítica	AE5	<i>“A situação em causa foi por mim considerada como um incidente negativo, ficando registado na folha de incidentes críticos da aluna X. Esta teve conhecimento do registo e assumiu que não teve uma atitude correcta perante toda a situação, mas não apresentou qualquer argumento para se justificar.”</i>  <i>“ (...) aceitou pacificamente a resposta do enfermeiro de referência, que não valoriza a situação.”</i>
		Participação na avaliação do ensino clínico	AE7	<i>“ (...) e aquele aluno, (...) ter um excelente relatório, sintético, bem organizado e claro (...) ”</i>
			CE8	<i>[Na reunião de avaliação] “ (...) fundamentei a exigência e corriji a situação recomendando que para a próxima seja correcto. [O aluno] Não aceitou a fundamentação dada (...)”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ALUNO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
TÉCNICAS		Cumprimento de normas e critérios do serviço	AE10	<i>“ (...) logo iniciou os procedimentos que eu reparei não estarem de acordo com o preconizado pela equipa do serviço.”</i>
		Competências motoras, de destreza e habilidades manuais	BE2	[O aluno] <i>“Só com várias práticas é que conseguiria executar o procedimento com alguma destreza e sem ansiedade.”</i>
			BE10	<i>“Tentou puncioná-lo, mas as mãos tremiam-lhe, pelo que foi impossível ter êxito.”</i>
		Planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas	-----	-----

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ENFERMEIRO COOPERANTE COMO SUPERVISOR DO ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
FORMATIVAS	Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da Formação	Mobilização e Gestão de Saberes	CE7	<i>“Penso que precisamos de deixar de ser orientados pelo saber tradicional em que: «sempre se fez assim» ou, pelo saber da autoridade em que alguém (médico ou não), com autoridade: «nos diz que se deve fazer assim».”</i>
		Identificação de Necessidades	BE10	<i>“ (...) cada supervisor deveria saber quais as dificuldades dos alunos para as tentar colmatar.”</i>
			CE5	<i>“ (...) muitas vezes os profissionais pensam que os alunos querem «fazer tudo», mas nem sempre é assim e temos de estar sensibilizados para conhecer e motivar os alunos.”</i>
		Estimulação e motivação da aprendizagem	BE2	<i>“O enfermeiro cooperante tem um papel mais activo, marcante e importante no processo de aprendizagem do aluno, no Ensino Clínico. Senti que estava a ajudar alguém a aprender um procedimento.”</i>
INTERPRE-TATIVAS	Leitura da Realidade Humana e do Contexto	Saber experiencial	AE1	<i>“Aprendi que vale sempre a pena lutar pela dignificação da morte.”</i>
			AE5	<i>“(...)a vivência deste episódio me valorizou a nível pessoal e profissional.”</i>
			AE7	<i>“Aprendi que nem sempre fazemos e procuramos excelência no nosso desempenho é sinal de reconhecimento e factor de justiça. Com experiências como estas eu fiquei a saber mais.”</i>
			AE9	<i>“Aprendi que as emoções estão presentes em todos os momentos da nossa vida, e o que hoje se sente, pode ser diferente amanhã.”</i>
			AE10	<i>“O que pode parecer uma vivência simples de ultrapassar entre profissionais pode revestir-se de sentimentos de desconfiança e insegurança para o aluno.”</i>
		Responsabilidade	AE1	<i>“ (...) daqueles enfermeiros que acham que a formação se deixe para as escolas, abstendo-se do seu papel de formadores.”</i>
			BE1	<i>“A nossa maior responsabilidade enquadra-se pelo facto de sermos responsáveis pela formação em serviço.”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ENFERMEIRO COOPERANTE COMO SUPERVISOR DO ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE6	<i>“ (...) porque errar é humano, assumir os nossos erros, na nossa profissão é essencial.”</i>
		Aprendizagem contínua	CE4	<i>“ (...) a aprendizagem feita ao longo do tempo nos ensina a gerir os ensinamentos recebidos nas escolas.”</i>
			CE7	<i>“O nosso saber tem que vir da investigação da prática profissional.”</i>
<b>ANALÍTICAS E AVALIATIVAS</b>	<b>Desempenho e Desenvolvimento</b>	Formação dos alunos	AE4	<i>“ (...) reforçou em mim o sentimento de que estamos e devemos formar pessoas, pessoas de uma forma global e não só técnicos”</i>
			BE5	<i>“ (...) errar é humano e nós temos que ter a humildade de aceitar os nossos erros e aprendermos. (...) temos que valorizar as competências dos outros [dos Alunos] e não sermos pessoas megalómanas, isto porque ninguém é um ser acabado todos estamos no mesmo barco «Aprendizagem é recíproca».”</i>
			BE7	<i>“Fiquei com a sensação de «missão cumprida».”</i>
			CE7	<i>“ (...) quer seja no papel de cooperante, quer seja no papel de docente, ele [o enfermeiro] continua responsável pela qualidade de cuidados em situação de ensino clínico.”</i>
		Atenção	AE5	<i>“Fazendo agora uma reflexão sobre este episódio, considero que tive uma atitude correcta e educativa com a aluna X. [a atenção dispensada pelo enfermeiro] ”</i>
			BE6	<i>“A falta de confiança que eu tinha no desempenho desta aluna conduziu-me a uma supervisão integral de todos os seus actos, permitindo assim a observação/confirmação deste episódio.”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ENFERMEIRO COOPERANTE COMO SUPERVISOR DO ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Processo de avaliação do aluno	AE5	<i>“O facto de ser a minha 1ª experiência na orientação e avaliação de alunos em estágio como enfermeira tutora, fez-me reflectir de uma maneira mais profunda as questões da formação e avaliação de alunos (...)”</i>
			BE8	<i>“ (...) reforcei os conhecimentos que tinha acerca da necessidade de a avaliação ser contínua (...)”</i> <i>“ (...) também me dei conta da difícil tarefa que é avaliar e orientar alunos (...)”</i>
			CE1	<i>“Avaliar não se trata de matemática exacta pois avaliamos atitudes, comportamentos, relações interpessoais e comunicação, em que há subjectividade, interferências externas (ambiente, pessoas e afectos) (...)”</i>
	Situações	Papel dos Enfermeiros Cooperantes	AE5	<i>“ (...) de me ter feito reflectir sobre a importância do papel dos enfermeiros orientadores de estágio na formação de alunos. Hoje teria certamente agido de outra forma.”</i>
			AE9	<i>“Senti, (...) que tinha sido responsável por aquela situação (...)”</i>
		Formação em Enfermagem	AE7	<i>“ (...) este episódio faz-me reflectir neste aspecto mais obscuro da nossa formação (ou deformação).”</i> [os “novos” enfermeiros são “enfermeiros de secretária e papel”]
COMUNICA- CIONAIS	Comunicação interpessoal.	Capacidade de comunicação assertiva	AE5	<i>“Ter a consciência de que estamos a formar futuros profissionais, que poderão um dia ter que cuidar de nós, ajuda-me a ter perante eles, e não só, uma atitude cada vez mais responsável, assertiva e profissional.”</i> <i>“Gostaria de ter tido a mesma atitude com o enfermeiro de referência, que teve um procedimento irresponsável perante a aluna X.”</i>
			BE6	<i>“Durante o episódio tentei actuar de forma calma, chamando a atenção da aluna para o erro que estava a cometer.”</i>
			CE6	<i>“ (...) talvez, a forma de questionar a aluna não tivesse sido a mais apropriada, por não ter tido em consideração as características psicológicas da discente.”</i>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ENFERMEIRO COOPERANTE COMO SUPERVISOR DO ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Gestão de emoções	AE1	<i>“A aprendizagem pessoal situou-se sobretudo a nível das relações interpessoais, de tudo o que eles exigem de nós enquanto seres humanos e profissionais de saúde (enfermeiros) na primeira linha de contacto com a morte.”</i>
			AE9	<i>“ (...) como nós técnicos de saúde, por ela estar tão presente [A morte], a vivenciarmos de maneira não fria, mas rotineira.”</i> <i>“ (...) como não era a sua primeira experiência com a morte, esqueci-me dos seus sentimentos e parti do princípio que estava apto a lidar com a situação.”</i>
TÉCNICAS	-----	-----	-----	-----



DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO DOCENTE COMO SUPERVISOR DO ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS		N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
FORMATIVAS	Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da Formação	Mobilização e gestão de saberes	BE2	[Os docentes] “Não conseguem relacionar os conteúdos teóricos com as práticas.” [Os docentes] “Na maioria dos casos estão desfasados da realidade das instituições hospitalares mesmo sendo hospitais escolas.”
			CE3	[O Professor] “ (...) foi adiando o ensino não se mostrando muito solícito para o fazer.” “Confidência do aluno: «Eu acho que o professor... não a sabe fazer!” [Avaliação da escala de Glasgow] “ (...) a formação dos docentes e o seu afastamento entre a teoria e a prática!”
		Identificação de necessidades	AE5	“ (...) atitudes permissivas e pouco profissionais por parte dos orientadores dos estágios, podem contribuir para que futuramente esses alunos sejam profissionais pouco responsáveis.”
			BE10	“Tanto se batalha na enfermagem pela visão holística do doente e quando formamos os nossos profissionais esquecemo-nos disso?”
		Estimulação e motivação da aprendizagem	CE6	“Os professores das Escolas têm um conhecimento prévio da personalidade de cada aluno;”
			CE3	“Quando fica na memória o nome de quem nos ensinou a pensar e de quem nos ensinou a fazer esse é o professor por excelência!”
INTERPRETATIVAS	Leitura da Realidade Humana e do Contexto	-----	-----	-----

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO DOCENTE COMO SUPERVISOR DO ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS		N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
ANALÍTICAS E AVALIATIVAS	Desempenho e Desenvolvimento	Orientação	BE6	<i>“ (...) foi a única maneira de alertar os docentes, para a situação grave que esta aluna estava a passar e sobre a qual estavam «alheios».”</i>
		Processo de Avaliação do aluno	CE6	<i>“Os professores são mais perspicazes na verificação dos conhecimentos dos alunos do que os enfermeiros cooperantes.”</i> <i>“Os professores têm uma maior experiência na avaliação dos alunos.”</i>
		Abertura	BE9	[Discussão de novas formas de abordagem e resolução] <i>“ (...) isto infelizmente não se passa com todos os professores.”</i>
	Situações	-----	-----	-----
COMUNICA- CIONAIS	Comunicação interpessoal	-----	-----	-----
TÉCNICAS		Nível de actualização	AE10	[Orientações para determinadas intervenções de Enfermagem] <i>“ (...) em determinada altura as orientações por ela [Docente] dadas eram correntes, mas presentemente já não era assim.”</i>
			CE3	<i>“Deve exigir-se ao professor do ensino clínico a competência própria para o campo de estágio (...) ”</i> [desactualização]

REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
<b>CONCEITO DE SUPERVISÃO</b>		Processo	AE3	<i>“Os estágios, os ensaios clínicos serão utilizados como momentos de reflexão sobre os cuidados prestados, e juntos, alunos e profissionais, contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados aí prestados.”</i>
			AE5	<i>“ (...) todos aqueles que contribuem para a formação de alunos devem ser um espelho que reflecta o seu profissionalismo (...) A supervisão em ensino clínico deve ser e tem que ser assim.”</i>
			BE7	<i>“A supervisão em ensino clínico não deve ser o que hoje em grande escala se passa, um total desfasamento entre teoria e prática (...)”</i>
			BE8	<i>“A supervisão em Ensino Clínico tem de ser contínua e tendo em conta todo o conjunto de trajectos anteriores efectuados pelo aluno bem como as suas vivências actuais.”</i>
			BE10	<i>“ (...) a supervisão tem que começar pela comunicação (...) ”</i> <i>“A supervisão em ensino clínico necessita (...) de ver cada aluno como ele é, com as suas individualidades, mas também como um todo.”</i>

REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Produto	AE4	<i>“Não basta ensinar técnicas e mais técnicas se não houver como pano de fundo saber ser e saber estar”</i>
			AE7	<i>“(…) participar na formação de um ser humano, de moldá-lo, transformá-lo para ser adaptável e competente em tudo o que faz.”</i>
			AE10	<i>[A Supervisão visa] “ (… ) promover no aluno uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino (…)</i>
			BE3	<i>[Supervisão] “ (… ) com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional do aluno (… ) ”</i> <i>[Supervisão em Ensino Clínico] “Ajuda a desenvolver competência no sentido de melhorar a prática dos cuidados e reflectirmos sobre essa prática.”</i>
			BE4	<i>“A supervisão em ensino clínico deve ser orientada numa base tripartida, tridimensional e com três finalidades: desenvolvimento pessoal, desenvolvimento profissional e desenvolvimento da sociedade humana.”</i>
			CE6	<i>[O ensino clínico] “ (… ) deverá prepará-los [aos alunos] pessoal e profissionalmente para o desempenho da prestação de cuidados competentes e fundamentados cientificamente.”</i>

REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
RELEVÂNCIA DO PROCESSO DE SUPERVISÃO	Muito importante	Controlo e apoio do percurso formativo	AE4	<i>“A Supervisão em ensino clínico é demasiado importante para ser deixada ao acaso.”</i>
		Desenvolvimento de competências e aptidões profissionais	AE8	<i>“A supervisão é muito importante para o aluno que está em formação, há necessidade de orientá-lo, aconselhá-lo por vezes, ensinar como se faz para uma melhor competência e desenvolvimento profissional. É importante também que o aluno saiba que quem supervisiona também é amigo.”</i>
			AE9	<i>“A supervisão em Ensino Clínico é de extrema importância para o desenvolvimento das competências e aptidões dos alunos.”</i>
	Pouco importante	-----	-----	-----
FACTORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE SUPERVISÃO	Facilitadores	Definição de objectivos de estágio	AE1	<i>“Os objectivos a atingir pré-definidos pela instituição de formação (...) deverão trazer satisfação às necessidades formativas identificadas e que são múltiplas, variam no tempo e espaço e por vezes, não se conseguem satisfazer totalmente.”</i>
		Relação da teoria com a prática	AE3	<i>“ (...) só formaremos bons profissionais de Enfermagem se aliarmos aos conteúdos teóricos e científicos, uma prática no dia a dia dos contextos de trabalho.”</i>

REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Formação	BE9	<i>“Deveria haver formação inicial e contínua para os enfermeiros supervisores de ensino clínico.”</i>
			CE2	<i>“Não é na escola nem nos estágios, que se aprende/ensina tudo isto [cada utente é um ser único], é sim no dia-a-dia da vida profissional, esta ensina-nos pouco a pouco mas durante toda a vida.”</i>
		Observação contínua	CE7	<i>“ (...) exigência de uma supervisão de qualquer intervenção feita pelos alunos qualquer que seja a área.”</i>
	Dificultadores	Alunos rotulados	AE6	<i>“Porque é que apesar dos grandes desenvolvimentos conceptuais na área da formação de adultos (tão apregoados nas nossas escolas de Enfermagem) ainda vemos os alunos chegar aos nossos serviços previamente rotulados?”</i>
<b>RESPONSABILIDADE DO PROCESSO DE SUPERVISÃO</b>	Atribuição	Enfermeiro Cooperante	AE4	<i>“Daí o nosso papel [Do Enfermeiro Cooperante] fundamental como educadores em todos os sentidos.”</i>
			AE6	<i>“Penso que muitas vezes a supervisão dos percursos formativos dos alunos é delegada nos profissionais das práticas como quem se vê livre de um fardo.”</i>
			AE10	<i>“ (...) os profissionais das práticas devem ser progressivamente envolvidos e responsabilizados no processo de formação de novos profissionais.”</i>

REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE2	<i>“O aluno como executante e o Enfermeiro cooperante como orientador.”</i>
			BE6	<i>“ (...) a supervisão em Ensino Clínico é que é essencial que esta seja feita por um enfermeiro (com competência para o efeito) do serviço, e que acompanhe os alunos, nos turnos, acompanhando-os em toda a sua amplitude, isto é conhecendo-os – personalidade, dificuldades, etc.”</i>
			BE10	<i>“ (...) uma supervisão em ensino clínico adequada passa igualmente pelo acompanhamento mais próximo por parte dos profissionais devendo estes ter uma intervenção activa na planificação dos ensinos clínicos.”</i>
			CE3	<i>[Enfermeiros dos serviços] “ (...) temos e devemos ter responsabilidade na formação do ensino clínico.”</i>
		Docente	CE6	<i>“ (...) a supervisão do ensino clínico deveria ser feita essencialmente pelos professores das escolas.”</i>
		Parcerias	BE2	<i>“O projecto de estágio dos alunos deveria ser objecto de reflexão crítica e analítica por parte do docente, aluno e enfermeiro cooperante, ao longo de todo o processo de aprendizagem, naquela unidade de internamento onde o aluno se encontra a fazer o ensino clínico.”</i>

REPRESENTAÇÕES DO PROCESSO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE9	<i>“Neste processo todo intervêm essencialmente os alunos, o enfermeiro supervisor do ensino clínico, a equipa e, por vezes, o enfermeiro professor.”</i>
<b>CARACTERÍSTICAS DO SUPERVISOR</b>		Características Positivas	AE2	<i>“ Para a supervisão do ensino clínico, o enfermeiro deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e essencialmente sócio-relacional.”</i>
			BE5	<i>“É necessário isto em relação à supervisão em ensino clínico.”</i> [Aceitar os nossos erros e aprendermos]
			CE3	<i>“ (...) deve exigir-se ao professor competência própria (saber, saber fazer, saber ser) para a supervisão em ensino clínico.”</i>
			AE10	[A Enfermagem] <i>“ (...) nem pode ser ensinada por quem não se sinta responsabilizado pela formação dos futuros profissionais.”</i>
		Características negativas	-----	-----



<b>RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO</b>				
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N.º DE ORDEM</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
<b>RELAÇÃO INTERPESSOAL</b>	<b>Enfermeiro Cooperante ↔Aluno</b>	Apoio	AE7	<i>“O aluno ficou triste e sentiu-se injustiçado, algo revoltado mas também conformado com a situação [avaliação]. Tive de apoiar um futuro profissional desgostoso e desmotivado.(...) Permitiu-me perceber como funcionam as coisas do outro lado da barricada.”</i>
			AE9	<i>“ (...) notei, aquando da distribuição dos doentes no plano de trabalho dos alunos, uma certa agitação por parte deste aluno quando constatou que aquele doente lhe tinha sido atribuído. Quando o doente faleceu, entrou numa crise de choro e ansiedade precisando do meu apoio e do docente.”</i>
			BE2	<i>“Julgo que o aluno sentiu que o ajudei/ensinei.”</i>
			BE9	<i>“O mais importante é ajudar os alunos a resolver um problema, que não foi de forma nenhuma resolvido na escola. (...) ao fim de +/- duas semanas tenho os alunos com bastante à-vontade no serviço. (...) dizerem que foi neste estágio que mais aprenderam sobre a relação de ajuda e empatia.”</i>
		Traição	AE6	<i>“O aluno ter-se-á sentido traído pela profissional do serviço, não tendo conseguido encontrar uma justificação credível para a sua situação [reprovação no ensino clínico] (...) O aluno mostrou-se muito insatisfeito.”</i>
		Omissão	AE8	<i>“Fiquei admirada e estupefacta como podia isto estar a acontecer e os alunos não referenciarem este facto mais cedo. (...) É importante também que o aluno saiba que quem supervisiona também é amigo”</i>

RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			AE9	<i>“Não consegui estabelecer com este aluno uma comunicação que me permitiria identificar que naquele momento, aquele aluno, não poderia lidar com aquela experiência (...) Nunca me verbalizou o seu desagrado (...)”</i>
			BE8	<i>“ (...) não foi fácil a comunicação com a aluna em causa, apesar de toda a disponibilidade que todos nós demonstrámos.” [A aluna não comunicava os seus problemas]</i>
		Violência/ Agressividade	BE4	<i>“Este sorria-se. Chamei à atenção do aluno de uma forma (penso) algo violenta sobre a sua atitude perante o doente falecido. (...) Pensei que decerto fui ainda mais violento! Retirei-me e não voltei a falar disso nesse dia. Ao fim de 2 dias veio falar comigo e pediu-me desculpa pelo que fez na sala de reanimação.”</i>
			BE6	<i>“A sua resposta/reacção com alguma agressividade tentando negar e «incriminar a outra colega» impôs que a minha atitude fosse assertiva e mais frontal, ao afirmar que tudo observei.”</i>
		Conhecimento do outro	BE10	<i>[O aluno tentou punccionar um utente não conseguindo] “O aluno entrou em pânico e, muito nervoso, saiu da sala repentinamente (...) eu não me apercebi do grau de ansiedade do aluno, pelo que lhe solicitei se não queria cuidar daquele doente. Só depois de conversar calmamente com ele é que percebi (...) se supervisor e supervisado se conhecerem bem a aprendizagem será mais eficaz. (...) Senti-me um pouco amargurada por ter levado o aluno a experimentar mais um episódio de falha.”</i>

RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			CE6	<i>“Este episódio contribuiu para que aprendesse a comunicar melhor com os alunos, tendo em consideração as características psicológicas de cada um (...)”</i>
		Arrogância	CE8	<i>[O aluno] “ (...) foi questionado sobre o facto pela enfermeira, tendo retorquido soberbamente (...)”.</i>
	<b>Enfermeiro Coop. ou Aluno e/ou Doente</b>	Companheirismo	AE1	<i>“ (...) os enfermeiros são os «viajantes» do ciclo de vida dos utentes. «Viajantes» no sentido de companheiros de momentos muito especiais e únicos (...) o companheiro das emoções difíceis do ciclo de vida/morte do doente.(...) Aprendi que vale sempre a pena lutar pela dignificação da morte (...)”</i>
		Dificuldades na relação	BE3	<i>“ (...) envolvia-se demasiado com o utente «quase chorando», muito emocionada e o seu discurso prendia-se mais com «coitadinho». Não é com sentimentos de «pena» e «compaixão», pelos utentes, que estes vão receber cuidados de qualidade.”</i>
			BE8	<i>“A aluna demonstra muitas dificuldades de comunicação com os utentes, tornando-se difícil a relação de empatia com estes (...)”</i>
			BE9	<i>“Quando iniciam o ensino clínico quase se escondem atrás dos profissionais para passarem ao lado dos doentes. Trata-se do «medo» do doente mental.”</i>
			BE10	<i>“O que verifiquei foi que o aluno ficou tão ansioso, que não conseguia sequer abordar o doente calmamente e reduzir-lhe a ansiedade.”</i>

RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Imaturidade	BE4	<i>“O aluno perante o doente que faleceu na sala de reanimação «brincou» com o facto de o doente ter vindo a falecer.”</i>
		Aproximação	CE4	<p><i>“Questionei novamente as colegas que acabaram por responder que tinha havido um problema no decurso da execução de um penso, em que segundo ela o enfermeiro tinha sido incorrecto para o doente.”</i></p> <p><i>“Tratava-se de um doente submetido a uma intervenção cirúrgica mutilante, que vivia numa zona rural e de grau cultural baixo. A forma que alguns enfermeiros, «os mais atrevidos», tinham de o pôr mais à vontade era falar-lhe com a linguagem a que estava habituado.”</i></p> <p><i>[O enfermeiro] “Justificou a linguagem menos cuidada, mais atrevida como forma de empatia com o doente.”</i></p> <p><i>“A relação enfermeiro – doente é de extrema importância e deve assentar numa base de confiança. Esta é conseguida se o enfermeiro tiver a capacidade de se pôr ao nível de quem necessita dos seus cuidados.”</i></p>
	<b>Enfermeiro ↔Docente</b>	Enganosa	AE6	<i>“De referir ainda que a referida professora nunca entrou em contacto comigo por causa da situação. A ser verdade o que aconteceu, penso que a professora se terá valido de uma apreciação menos positiva feita por mim para justificar uma opinião sua que não tinha tido outra forma de comprovar.”</i>

<b>RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO</b>				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Diálogo e apoio	BE8	<i>“ (...) nas pessoas da coordenadora de estágio e da coordenadora do ano complementar, para várias entrevistas quer com a equipa de enfermagem (...) quer com a aluna em causa na tentativa de melhorar e ultrapassar estas dificuldades.”</i>
			CE1	<i>“Com o docente houve diálogo e recebemos reforço positivo relativamente aos enfermeiros avaliadores e as avaliações do projecto e do estágio foram coincidentes.”</i>
		Descrédito	CE5	<i>“Outra situação é a avaliação dos alunos, nem sempre a avaliação proposta pelo enfermeiro cooperante entra em linha de conta na nota final do aluno.”</i>
			CE8	<i>“Coloco sérias dúvidas se a comunicação entre a escola [Docente] e o campo de ensino clínico [Enfermeiro Cooperante] teve algum papel neste episódio, uma vez que constatei que a classificação atribuída pela escola não correspondeu à indicada pelo campo de estágio e ainda foi superior.”</i>
			CE10	<i>“ (...) falei com a docente e expliquei tudo. Não adiantou nada porque «no final a nota é da docente» - palavras da professora.”</i>

RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
	<b>Enfermeiro Coop. ↔Equipa de Enfermagem</b>	Apoio	AE6	<i>“Partilhei este acontecimento com a enfermeira chefe que ficou tão surpreendida quanto eu. Foi dela que recebi todo o apoio e compreensão.”</i>
		Desvalorização	AE9	<i>“ (...) as minhas colegas alertaram-me para eu não atribuir este doente a este aluno, pois ele já tinha tido essa experiência, e que seria demasiado pesado, o que não valorizei.”</i>
			BE4	<i>“O enfermeiro profissional que nos acompanhava olhou para mim com ar de descrédito.”</i>
			CE10	<i>“No final a chefe deu a nota qualitativa sem me ouvir; «passei-me», (...) Reagi explosivamente. Sentimentos: frustração e senti-me enganada (...) constatei que fiz figura de parva!”</i>
		Conflito	CE9	<i>“Por parte dos colegas houve indiferença contudo agudizou o conflito entre mim e o enfermeiro chefe.”</i>
	<b>Aluno↔Aluno</b>	Agressividade	AE4	<i>“Esse aluno comunicou-me que estava a ser agredido física e verbalmente por uma colega. Essas agressões eram feitas nas enfermarias perante os doentes que aí estavam internados.”</i>

RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
	<b>Aluno↔Médico</b>	Assédio sexual	AE8	<i>“ Este episódio foi puro assédio sexual e não foi penalizado.”</i> [Por um Médico]
		Agressividade	CE7	<i>“O aluno, apreensivo, confessou ter sido ele e, o médico, mantendo o nível de voz muito alto, diz: «Você é um incompetente! Nunca se levanta um doente antes da visita médica quando a situação do doente implica um exame físico, porque eu preciso fazer-lhe palpação abdominal e não posso fazê-lo com o doente sentado! Não pense que tenho tempo para estar à espera que deitem o doente!”</i>
	<b>Família do doente↔Aluno</b>	Apreensão	BE5	<i>“ (...) a mãe mostrou-se muito apreensiva perante o facto [administração incorrecta de uma vacina por parte do aluno], mas posteriormente, depois de fazer toda a análise, compreendeu.”</i>
		Compaixão	CE2	<i>“As emoções sentidas no momento foi, por um lado uma certa compaixão da aluna para com a mãe (...) ”</i>
	<b>Equipa de Enfermagem↔Aluno</b>	Defesa	BE10	<i>“Os outros colegas no serviço comentaram a reacção do aluno [O aluno a chorar] julgaram que se tinha devido a alguma chamada de atenção pela minha parte, pois até chegaram a comentar sobre o que eu lhe tinha feito.”</i>

<b>RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO</b>				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Conhecimento do outro	BE10	<i>“ (...) os enfermeiros dos serviços não conhecem bem os alunos e a sua personalidade, tendo dificuldades em saber como os abordar.”</i>
<b>RELAÇÃO INTRAPES-SOAL</b>	-----	-----	-----	-----
<b>RELAÇÃO INTERINS-TITUCIONAL</b>	<b>Comunicação Escola / Instituições de Saúde</b>	Como é?	AE4	<i>“Comuniquei à escola esta situação porque era demasiado grave para a assumir só (eu e/ou o serviço). A comunicação com a escola foi satisfatória, foram tomadas as medidas necessárias para tratar desse assunto.”</i>
			AE6	<i>“Penso que o papel da comunicação neste acontecimento marcou-se pela ausência, quer da escola para comigo (ou instituição) quer de mim para com a escola no sentido de clarificar a situação.”</i>
			AE8	<i>“Houve todo o apoio da escola e do serviço para participar esta situação.”</i>
			AE10	<i>“Confirma-se a existência de distanciamento entre o ensino e a prática de enfermagem.”</i>
			BE1	<i>“ A Supervisão tem vindo a ser entregue aos enfermeiros dos serviços sem a articulação devida com as escolas nomeadamente nos conteúdos leccionados o que dificulta a concretização prática de aprendizagem por parte dos alunos. ”</i>



RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE2	<i>“Sem comunicação entre a escola e o campo de ensino clínico.”</i>
			BE7	<i>“ (...) muita distância entre a escola e o local de trabalho (estágio).”</i>
			BE8	<i>“A escola não se demitiu do seu papel e deslocou-se ao local de estágio (...)”</i>
			CE4	<i>“No 3º dia a aluna não compareceu. Questionei os colegas que alegaram má disposição. Soube pouco tempo depois que a aluna estaria já a estagiar noutro serviço. A escola não valorizou, pelo contrário desvalorizou a situação”</i>
			CE5	<i>“Também muitas vezes o apoio/colaboração Escola e o campo de ensino não se verifica, ficando os alunos entregues ao enfermeiro cooperante, sem orientações específicas do que se pretende daquele campo de ensino.”</i>
			CE6	<i>“Ao ter sido considerado pelo enfermeiro cooperante que a comunicação deste episódio não contribuiria para o desempenho profissional da aluna, não deu conhecimento do mesmo à Escola, pelo que, esta, não desempenhou nenhum papel.”</i>
		Como deveria ser?	AE10	<i>“ (...) deve haver mais partilha e até desenvolvimento de parcerias entre as instituições onde se ministram os cursos de enfermagem e as instituições que possibilitam os campos de estágio.”</i>

<b>RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO</b>				
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N.º DE ORDEM</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
			BE2	<i>“ (...) mas deveria haver mais interligação entre a escola e os enfermeiros que orientam alunos.”</i>
			BE6	<i>“É necessário uma articulação efectiva entre os locais de estágio e as Escolas entre os docentes e os enfermeiros para melhorar o ensino de enfermagem.”</i>
			BE7	<i>“ (...) deveria de haver formação específica e uma articulação estreita entre a escola e o enfermeiro cooperante, preparando cada estágio.”</i>
			BE8	<i>[Avaliar e orientar alunos] “ (...) só se consegue com um bom trabalho de equipa entre a escola e o campo de estágio.”</i>
			BE9	<i>“Deveria haver maior ligação entre a Escola e os serviços, haver mais e melhor comunicação.”</i>
			BE10	<i>“Senti-me também um pouco culpada, mas também revoltada, pois se tivesse existido uma boa comunicação escola – serviço e uma boa supervisão nos ensinamentos clínicos anteriores, cada supervisor devia saber quais as dificuldades dos alunos para as tentar colmatar. (...) deve existir uma ligação mais próxima das escolas com os serviços.”</i>  <i>“Deve existir uma cooperação por parte das escolas e informarem ou formarem cada equipa de enfermagem acerca dos objectivos daquele ensino clínico para que assim possamos todos contribuir para o crescimento daquele futuro enfermeiro.”</i>

RELAÇÃO EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			CE7	<p><i>“A escola deve estar em estreita ligação com o campo de exercício profissional pelo que a formação só terá sentido se enraizada a nível dos serviços.”</i></p> <p><i>“ (...) deve-se reduzir o afastamento entre o local do exercício profissional e o local de ensino, dinamizando o contacto daqueles que ensinam com a realidade quotidiana. Só assim se evita o ensino estático que, em meu entender, entrava a investigação.”</i></p>
			CE9	<p><i>“Enquanto os professores da escola não regressarem aos serviços e deslocarem-se às escolas o ensino continuará dependente dos enfermeiros que constituem as equipas e o que é ensinado nas escolas não tem aplicabilidade.”</i></p>

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO UTILIZADAS EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
FORMULAÇÃO DE QUESTÕES REFLEXIVAS	Clarificação e interpretação	Descrição	AE10	<i>“Reflecti e esforcei-me por não fazer qualquer comentário face à situação, e dirigi-me à professora para conversar acerca do assunto.”</i>
			BE6	<i>“Após a passagem de turno, tentei falar com a outra colega/aluna para tentar perceber o que estaria por «detrás» deste episódio (...) ”</i>
			CE4	<i>“Abordei a aluna conjuntamente com a docente responsável e o enfermeiro em questão com o objectivo de esclarecimento da situação.”</i>
		Análise da situação	AE5	<i>“Na sequência deste episódio, reuni logo que possível com a aluna X no sentido de reflectir e analisar a situação em causa.”</i>
			AE8	<i>“Fizemos uma reunião com as intervenientes, o Director de Serviço, a Enfermeira tutora que era eu (...) assim como a responsável pelo curso da Escola Superior de Enfermagem. Reflectiu-se sobre o assunto, foi-lhes dado conhecimento para clarificação da situação” [assédio de uma aluna por um médico]</i>
			AE10	<i>“Chamei o aluno e tentei acompanhar o seu raciocínio para entender melhor as razões que o haviam levado aquela tomada de atitude.”</i>
			BE6	<i>“Após o episódio e durante a passagem de turno tentei fazer uma reflexão conjunta com a outra aluna interveniente e com as enfermeiras (...) ”</i>

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO UTILIZADAS EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE8	<i>“ (...) houve necessidade de realizar algumas entrevistas formais extraordinárias quer com a aluna em causa, quer com a equipa de docentes, numa tentativa de analisar e resolver a situação (...) ”</i>
			CE1	<i>“ (...) o aluno identificado é corrigido pelo enfermeiro e o docente que acompanha o estágio reúne com o aluno e quando necessário com o grupo, com o objectivo de clarificação da situação.”</i>
			CE2	<i>“A reflexão sobre este episódio foi feita pela enfermeira e pela aluna com o objectivo de clarificar a situação (...) muitas vezes o que nos parece a nós, técnicos de saúde, evidente aos outros não o é.”</i>
			CE5	<i>“Os professores falaram com o aluno, para clarificar a situação e chegaram à conclusão que na verdade nunca tinha algaliado (...) ”</i>
	Confronto	Na prática de cuidados	BE6	<i>[A aluna] “Ao ser confrontada com o erro que estava a cometer, negou com alguma agressividade, desmentindo até a própria colega, pondo em causa aspectos com gravidade como é o caso: troca de identidade, de leites, de medicação e até o desempenho da outra colega.”</i>
		Com a teoria	CE3	<i>“Como me tinha apercebido do que se estava a passar, abordei o aluno e perguntei se sabia avaliar a escala de Glasgow?”</i>
			CE5	<i>“Falei com o aluno e disse-lhe que seria a oportunidade de praticar uma algaliação, se do ponto de vista teórico se lembrava do material necessário e da técnica de execução.”</i>

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO UTILIZADAS EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
	Reconstrução		CE6	<p><i>“Após este episódio, o enfermeiro cooperante fez uma entrevista à aluna, explicando que o objectivo das questões colocadas durante o ensino clínico, seria o de testar a fundamentação científica previamente ministrada, uma vez que poderia estar a executá-las empiricamente.”</i></p> <p><i>“ (...) o enfermeiro cooperante perguntou à discente porque se devia retirar o ar do sistema de soro.”</i></p>
			BE3	<i>“ (...) questionar e orientar os alunos com o objectivo de estes fazerem uma prática reflexiva, reformulando os seus objectivos, para uma melhor avaliação.”</i>
		Reformulação de Objectivos	CE1	<i>“Foram detectadas falhas graves no projecto profissional e após discussão [Professor/Aluno/Enfermeiro Cooperante] tentámos melhorá-lo no que respeita a objectivos e actividades.”</i>
		Atitude perante a morte	BE4	<i>“No dia seguinte pedi ao aluno para estar comigo numa sala confortável onde abordámos a temática da morte, procedimentos e atitudes.” [Após morte de um doente]</i>
			BE7	<i>“ (...) a acção foi discreta [questionamento], no sentido de orientar o aluno no estabelecimento de uma relação de ajuda/esclarecimento do utente em relação a um injectável que ia administrar.”</i>

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO UTILIZADAS EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
	Avaliação	Crítica construtiva	AE6	<i>“ (...) na reunião descrevi sumariamente aquilo que me pareceu pertinente relativamente ao período de formação do aluno em questão, num referencial de crítica construtiva, abrindo horizontes futuros para um percurso de desenvolvimento positivo mas sem omitir que o aluno (...) situar-se-ia num patamar de satisfaz menos.”</i>
		Aceitação	CE1	<i>“Foi dado conhecimento ao enfermeiro docente.(...) Tive uma reunião com o aluno sobre a avaliação do serviço, já eram conhecidas as notas dos seus colegas, e o aluno mostrou-se surpreendido e achava-se merecedor de outra nota mais alta, foi-lhe explicado e com alguma humildade foi aceitando.”</i>
ANÁLISE DE CASOS		Lidar com a Morte	AE9	<i>“ (...) foi a sua primeira experiência, reflectimos sobre a morte (...) reflecti com ele e com o docente, na dificuldade que os alunos têm em lidar com a morte. (...) falo com o aluno, avalio o seu estado de espírito e tentamos ambos arranjar soluções para a resolução do problema, sem para isso ter que fugir da situação.”</i>  <i>“Reflectirmos com os alunos e com os docentes da importância de abordar a morte nas Escolas.”</i>
		Cuidados ao utente	BE1	<i>“ (...) entendemos em articulação e por evidente necessidade formativa abordar esta temática (crioterapia). Após exposição teórica, seguiu-se uma discussão exaustiva, visando melhorar o desempenho diário. [De onde resultou diversas conclusões nomeadamente normas de actuação e redacção de um protocolo de actuação] (...) permitiu uma reflexão/debate conjunto com linhas de orientação para as práticas.”</i>

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO UTILIZADAS EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
		Relação com os utentes	CE2	<i>“O ensino focou entre vários assuntos a administração de vitaminas prescritas: quando, como, quanto e até quando administrar.” [Após análise de um erro de administração terapêutica por parte da aluna]</i>
			BE3	<i>“Reflecti sobre este episódio [envolvimento emocional de uma aluna com um doente] sentindo necessidade de falar com os alunos sobre o envolvimento emocional, que sendo desmedido se torna prejudicial para o estabelecimento duma relação terapêutica de qualidade.”</i>
			BE9	<i>“Todos os dias falamos sobre o assunto e sobre algum doente que ainda lhes provoque ansiedade/medo, reflectindo em conjunto sobre a melhor abordagem.”</i>
DEMONSTRAÇÃO		Colaboração	AE5	<i>“Perante o facto, pedi à aluna X para preparar o material necessário ao banho do doente e colaborei com ela na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente Y, demonstrando por vezes como se executava (...)”</i>
			BE9	<i>“Inicio com eles a aproximação gradual aos doentes, evitando que fiquem sozinhos com algum doente de potencial de agressividade e/ou violência elevado (...) demonstro como abordar um doente do foro psiquiátrico (...)”</i>
			CE3	<i>“Fui com ele junto do doente e fizemos juntos a pesquisa neurológica dos valores, demonstrando com calma como se fazia.”</i>
		Exemplificação	AE10	<i>“ (...) consideramos importante demonstrar perante o aluno (...) pois através da demonstração ele vai entender que há possibilidades de intervenções diferentes para alcançar o mesmo objectivo (...)”</i>



ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO UTILIZADAS EM ENSINO CLÍNICO				
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES	N.º DE ORDEM	UNIDADES DE REGISTO
			BE2	<i>“Demonstrei o procedimento com calma, explicando os vários itens antes de atingir o objectivo final.”</i>
			BE4	<i>“Planeei levá-lo comigo à morgue e pedi ao auxiliar para abrir 2 ou 3 câmaras (gavetas) e que destapassem os corpos. Demonstrei depois quais as atitudes a ter perante a morte de um ser humano.”</i>
			BE10	<i>“Perante o doente, mas sem colocar em causa a técnica do aluno, disse-lhe que era «melhor desta vez ser eu a puncionar».”</i>
			CE5	<i>“ (...) sentindo-se inseguro referiu que seria melhor ser eu a algaliar e que ele iria observar.”</i>
<b>AUTOSUPERVISÃO</b>	-----	-----	----	-----